

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AMB	H MIGUEL SERVET	SANZ SANZ HELENA	2016_1080	F	12/02/2018	MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	RUBIO GUTIERREZ ISABEL	2016_0323	F	20/11/2017	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA	2016_0453	F	12/01/2018	PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	NAVERAN TOÑA KARLOS	2016_1237	S1	19/01/2018	SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CAIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2105/2016)
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	CALVO VERA JOSE JUAN	2016_1468	F	19/01/2018	TALLER DE LAVADO DE MANOS ENCENROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ARA MARTIN GEMA	2016_0666	F	14/02/2018	CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ISAC ARRONDO MARTA EUGENIA	2016_1270	S1	16/02/2018	TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	GOMEZ PELIGROS ANTONIO	2016_1609	F	25/02/2019	PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	GOMEZ PELIGROS ANTONIO	2016_1609	F	14/02/2018	PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA	2016_0332	S1	15/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DEL ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION EN EL CS DE FUENTES DE EBRO
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	MAHULEA LILIANA	2016_0630	F	11/02/2018	OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES CON MEDICACIONE INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2016_0071	S1	05/02/2018	USO ADECUADO DE INHALADORES EN EL PACIENTE EPOC
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	COMPAIRED ARAGÜES VICENTE	2016_1289	S1	15/02/2018	REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR 1ª VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA	2016_1382	S1	08/03/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	VICENTE ALDEA MARIA TERESA	2016_0038	F	12/02/2018	DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	ROMEO GUTIERREZ AGUSTIN	2016_0247	F	09/02/2018	DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2017
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	GRIMAL ALIACAR FERNANDO	2016_0380	S1	11/01/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP LA ALMOZARA 2017
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PUEYO SALAVERA CLARA MARIA	2016_0570	F	08/02/2018	UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	MARTES LOPEZ CARMEN	2016_0013	F	15/01/2018	NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2016_0437	S1	07/02/2018	OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2016_0437	F	03/02/2019	OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	ARMALE CASADO MARIA JOSE	2016_0451	F	05/02/2018	OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	RODRIGUEZ POLA TAMARA	2016_0991	F	15/01/2018	PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	2016_1301	F	16/01/2018	LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	CHUECA RODRIGUEZ CARMEN	2016_0512	S1	22/02/2018	GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS REBOLERIA	GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN	2016_1361	F	01/02/2018	REVISION Y ACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS DEL C. S. REBOLERIA
Z2	AP	CS REBOLERIA	ROMERO FERNANDEZ LAURA	2016_1423	S1	09/02/2018	MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO
Z2	AP	CS REBOLERIA	ROMERO FERNANDEZ LAURA	2016_1423	S2	18/02/2019	PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	ACHA AIBAR CARMEN	2016_1126	S1	08/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	ACHA AIBAR CARMEN	2016_1126	F	13/03/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORA O MERCEDES	2016_0315	F	30/01/2018	EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORA O MARIA LUISA	2016_1400	S1	30/01/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA	2016_0393	S1	30/01/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	AREVALO DE MIGUEL ELISA	2016_1316	F	25/05/2018	TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA	2016_1571	S1	29/12/2017	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA	2016_1571	F	20/02/2019	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA	2016_0396	S1	01/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA	2016_0396	F	25/02/2019	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA	2016_1571	F	02/01/2019	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE TRABAJO SOCIAL	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	2016_0068	S1	23/01/2018	TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUDA PARA PERSONAS CUIDADORAS
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	2016_0055	S1	12/01/2018	CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL	QUIRCE SANCHEZ SUSANA	2016_0056	S1	11/01/2018	PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	GARCES ROMERO CARMEN	2016_1104	F	04/04/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	ALBERO MARCEN LAURA	2016_1492	S1	09/03/2018	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	ALBERO MARCEN LAURA	2016_1492	F	13/03/2019	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	CS SAN PABLO	VALVERDE ARANDA SELMA	2016_0778	F	15/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA	2016_0860	S1	16/02/2018	GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	NUIN CONS ELENA	2016_1075	F	16/02/2018	ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS SAN PABLO	GONZALO PEÑA JORGE	2016_1486	F	08/03/2019	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	CS SAN PABLO	MACIPE COSTA ROSA MARIA	2016_1567	S1	26/01/2018	CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD
Z2	AP	CS SAN PABLO	ESCARTIN LASIERRA PATRICIA	2016_1567	F	27/02/2019	CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD
Z2	AP	CS SASTAGO	MARTIN BUIL MARIA DEL MAR	2016_0320	S1	07/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	MARTIN BUIL MARIA DEL MAR	2016_0320	S3	25/02/2019	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	LOPEZ MIRANDA SOFIA	2016_1074	S1	08/02/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	LOPEZ MIRANDA SOFIA	2016_1074	S2	23/02/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	TERUEL MAICAS ALICIA	2016_1551	S1	16/02/2018	COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO
Z2	AP	CS SASTAGO	ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER	2016_1551	S3	05/03/2019	COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO
Z2	AP	CS SASTAGO	MONREAL ALIAGA ISABEL	2016_1566	S1	16/02/2018	ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	MONREAL ALIAGA ISABEL	2016_1566	F	05/03/2019	ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	LASARTE VELILLAS JUAN JOSE	2016_0024	S2	08/02/2018	CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	RUIZ BARRANCO JESUS	2016_0409	S2	02/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	PEÑA GALO EDGAR	2016_1427	F	07/02/2018	SALVA CORAZONES
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE	2016_1564	S1	31/01/2018	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	VALTUEÑA CAMACHO MARTA	2016_1583	S2	15/02/2018	CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2016_0459	F	15/02/2018	MANTENIMIENTO SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	BELTRAN GARCIA SARA	2016_1299	F	09/02/2018	MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	JIMENEZ PEREZ EVA	2016_1323	S1	14/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	JIMENEZ PEREZ EVA	2016_1323	S2	24/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VENECIA	ISLA COBETA JORGE	2016_1409	S1	02/03/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE CANAL IMPERIAL VENECIA 2017
Z2	AP	CS VENECIA	ISLA COBETA JORGE	2016_1412	S1	25/05/2018	JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA DIANAZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA
Z2	AP	CS VENECIA	NUÑEZ ALONSO ESTHER	2016_1412	S1	19/01/2018	JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA
Z2	AP	CS VENECIA	BURILLO MATEO RAQUEL	2016_1486	S1	02/03/2018	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA	DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS	2016_1545	F	08/02/2018	MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA	MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE	2016_1598	F	02/02/2018	MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DE ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	TOBAJAS SEÑOR EVA	2016_0220	F	23/02/2018	ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	AZNAR CARBONELL ANGEL	2016_1534	F	16/02/2018	MEJORA DE REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL AGUERDO DE GESTION
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PALACIN ARBUES JUAN CARLOS	2016_1538	F	12/01/2018	AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR	2016_1552	F	15/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	ALONSO SANCHEZ MARTA	2016_1719	S1	12/03/2018	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PALACIN ARBUES JUAN CARLOS	2016_1719	F	15/03/2019	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	PINA GADEA MARIA BELEN	2016_0308	F	12/01/2018	REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA	2016_1539	F	12/01/2018	ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 INFORMATICA	MARTINEZ DEL AMO FRANCISCO JOSE	2016_1591	F	10/01/2018	MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LADIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA NEUMOLOGIA	ANORO ABENOZA LAURA	2016_0141	S1	22/02/2018	IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA NEUMOLOGIA	GOMEZ GONZALEZ CRISTINA	2016_0440	S1	22/02/2018	IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A INHALADORES (TAI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ADMISION Y DOCUMENTACION	MORELLI BENITEZ JUANA MARIA	2016_0605	F	21/02/2018	CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANATOMIA PATOLOGICA	ALVAREZ ALEGRET RAMIRO	2016_1293	S1	25/02/2018	INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANATOMIA PATOLOGICA	ALVAREZ ALEGRET RAMIRO	2016_1293	S2	15/03/2019	INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANATOMIA PATOLOGICA	ROCHE LATASA ANA BELEN	2016_1588	S1	20/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF) EN EL Sº DE ANATOMIA PATOLOGICA POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	HERRANZ ANDRES MARIA PILAR	2016_0058	F	17/02/2019	MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	HERRANZ ANDRES PILAR	2016_0058	F	16/01/2018	MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	VALLES TORRES JORGE	2016_0097	F	01/02/2018	OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ NUEZ SILVIA	2016_0268	F	06/02/2018	REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	RODRIGUEZ CALVO CORAL	2016_0280	S1	31/01/2018	ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	RODRIGUEZ CALVO CORAL	2016_0280	F	27/02/2019	REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PEÑA DE BUEN NATALIA	2016_0392	S1	23/01/2018	MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CARBONELL BERNAL ROBERTO	2016_0425	S1	02/02/2018	MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II)

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							CONTINUACION)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER	2016_0522	F	20/02/2018	ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL HU.MSERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA	2016_0624	F	22/02/2018	BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANJUAN VILLARREAL ALBERTO	2016_0865	F	19/02/2018	CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	2016_1008	F	18/01/2019	IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	2016_1008	F	07/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PORTERO LLORO LUIS PEDRO	2016_1028	S1	20/02/2018	INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ ANDRES ARMANDO	2016_1032	S1	20/02/2018	REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO	2016_1389	S1	14/02/2019	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DEL DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO	2016_1389	S1	31/01/2018	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	ASENSIO PARIS ANA	2016_1391	S1	08/02/2018	OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	LAGLERA TREBOL SALVADOR	2016_1393	S1	13/02/2019	ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	LAGLERA TREBOL SALVADOR	2016_1393	S1	15/02/2018	NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO	2016_1272	S1	15/02/2018	PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	SOGUERO VALENCIA IRENE	2016_1273	S1	16/02/2018	PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	SANCHEZ PARRILLA MARCELINO	2016_1031	S1	11/02/2018	SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	GRACIA MATILLA ROSA	2016_1036	F	10/02/2018	MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	LASIERRA MONCLUS ANA BELEN	2016_1038	S1	03/02/2018	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES	2016_1076	S1	16/02/2018	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO	2016_1076	F	28/01/2020	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA CLINICA	CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES	2016_1076	S8	27/02/2019	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	JIMENO JIMENEZ NOELIA	2016_0025	S1	28/01/2018	PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	QUILEZ FRAJ ELISA	2016_0306	F	09/02/2018	MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	LUIS LOBERA SARA	2016_0355	F	09/02/2018	DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO	2016_0356	F	06/02/2018	HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR	2016_0357	F	20/02/2018	LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR	2016_0357	F	15/03/2019	LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS	2016_0263	S1	23/01/2018	VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL "APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL" (AEP)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	CALVO GALIANO NAIARA	2016_0405	S1	20/02/2018	CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MORENO ESTEBAN EVA	2016_0438	F	22/02/2018	DIGITALIZACION DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PEDRERA ROMAN VICTORIA	2016_0492	F	14/02/2018	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LOPEZ SANGÜESA DANIEL	2016_0546	F	14/02/2018	PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MARTINEZ SIMON MARIA ESTER	2016_0566	S1	13/02/2018	PROTOCOLIZACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DE DESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL. AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER	2016_0668	F	19/02/2018	INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	DE CASAS HERRANDO NATALIA	2016_0940	S1	28/03/2018	CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATERETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MACIAS MARIN LAURA	2016_0945	S1	13/02/2018	IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE	2016_1042	F	22/02/2018	IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA CARDIOVASCULAR	MATAMALA ADELL MARTA	2016_1494	F	16/02/2018	OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARTINEZ CASAMAYOR MARIA CONCEPCION	2016_0387	F	15/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MODREGO IRANZO DIANA	2016_0594	S1	15/02/2018	EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2016_1729	F	26/04/2018	COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA	2016_1730	F	26/04/2018	ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS DE LA LINEA DE MEJORA DE 2016)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CARBONEL BUENO IGNACIO	2016_0026	S2	11/02/2019	AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CARBONEL BUENO IGNACIO	2016_0026	S3	09/05/2018	AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CARBONEL BUENO IGNACIO	2016_0026	F	30/01/2020	AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MATEO AGUDO JESUS JOSE	2016_0181	F	13/01/2018	VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI	2016_0236	S1	18/01/2018	PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	AGUILAR EZQUERRA ANDRES	2016_0483	F	23/03/2018	CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	AGUILAR EZQUERRA ANDRES	2016_0483	F	25/02/2019	CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEÑA JIMENEZ DIEGO	2016_0787	F	25/02/2019	AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRESIONADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEÑA JIMENEZ DIEGO	2016_0787	F	13/02/2018	AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MARTIN MARTINEZ ADRIAN	2016_0788	S1	13/02/2018	MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CABALLERO BURBANO MARIA JESUS	2016_0805	S1	19/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MARTIN HERNANDEZ CARLOS	2016_1401	F	19/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	YUSTE BENAVENTE VALENTIN	2016_0485	S1	07/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2016_1440	S1	19/02/2018	CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2016_1440	S2	26/02/2019	CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA TORACICA	POLO BERNE RAQUEL	2016_1350	S1	20/02/2018	ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA TORACICA	BLANCO MANZANO NELIDA	2016_1365	S1	20/02/2018	VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGIA	ZUBIRI ARA MARIA LUISA	2016_1790	S1	23/03/2018	TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MEDIANTE CABINA. CODIGO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	BUENO CAPAPE ELIA	2016_0172	S1	16/02/2018	FORMACION EN EL RECAMBIO DE SONDAS DE GASTROSTOMIA PARA ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	LAZARO RIOS MARIA	2016_0257	F	09/02/2018	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	FRAGO LARRAMONA SANTIAGO	2016_0259	F	13/02/2018	ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	LUZON SOLANAS LARA	2016_0260	F	23/01/2018	INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	SIERRA MOROS EVA MARIA	2016_0287	S1	25/02/2018	IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	CORSINO ROCHE PILAR	2016_0833	S1	19/02/2018	INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	VICENTE LIDON RAQUEL	2016_0842	S1	20/02/2018	CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	VICENTE LIDON RAQUEL	2016_0842	S2	24/01/2019	CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO - QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL	2016_0866	S1	20/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LAIN MERCADAL JUAN	2016_0852	F	21/02/2018	MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION					SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	SANZ PARIS ALEJANDRO	2016_1405	S1	24/03/2018	VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	ACHA PEREZ JAVIER	2016_1410	F	21/02/2018	PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II DE ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	NAVARRO AZNAREZ HERMINIA	2016_0625	F	15/02/2018	MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	CASAJUS LAGRANJA PILAR	2016_0943	F	09/02/2018	MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	2016_0969	S1	07/02/2018	MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE	2016_1005	F	16/02/2018	AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	ABAD SAZATORNIL MARIA REYES	2016_1057	F	16/02/2018	AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	PALOMO PALOMO PABLO	2016_1083	F	07/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	2016_1083	F	15/03/2019	MATENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015: AVANZANDO EN LA GESTION DEL RIESGO Y EN MEJORAR LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	LARRODE LECIÑENA ITZIAR	2016_1615	S1	16/02/2018	PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES	2016_0527	S1	14/02/2018	ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	2016_0946	S1	16/02/2018	VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL	2016_1284	S1	16/02/2018	ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	ESTEBAN GIMENO ANA BELEN	2016_1287	S1	15/02/2018	COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	DE RUEDA CILLER BEATRIZ	2016_0123	S1	15/02/2018	PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA MEDICA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA	2016_0128	S1	12/02/2018	PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR	2016_0535	F	12/01/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001. HOSPITAL DE DIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	IBORRA MUÑOZ ANA	2016_0779	S1	12/02/2018	MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SALVADOR OSUNA CARLOS	2016_0859	S1	16/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PARRA SALINAS INGRID	2016_1002	S1	14/02/2018	MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HOSTELERIA	PEREZ SALILLAS MARIA	2016_0060	S1	20/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET INFORMATICA	LOPEZ MERCADER ANTONIO	2016_0002	F	07/02/2018	INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA DEL TRABAJO	DUEÑAS JOLLARD SANDRA	2016_1457	F	19/02/2018	VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN EL SERVICIO DE MICRO BIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL	2016_0020	S1	12/01/2018	EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	KLIMENKO KLIMENKO ANTONINA	2016_0446	F	16/02/2018	JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	TEJADA ARTIGAS ANTONIO	2016_0985	S1	07/05/2018	MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	RUIZ AGUILAR ANTONIO LUIS	2016_0997	F	22/02/2018	NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO	2016_1305	F	21/01/2018	PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	LOMBARTE ESPINOSA EVELYN	2016_1307	F	21/01/2018	UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA	2016_0976	S1	18/02/2018	IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA	2016_0976	S2	15/03/2019	IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	BIELSA MASDEU ANA MARIA	2016_1006	S1	16/04/2018	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA NUCLEAR	DE LA CUEVA BARRAO LETICIA	2016_0552	F	14/01/2018	INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS	2016_0891	S1	22/02/2018	MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL	2016_0904	S1	15/02/2018	PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL	2016_0904	F	18/01/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL	2016_0283	F	23/01/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SAHAGUN PAREJA JUAN	2016_0322	F	19/01/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITALUNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ROC ALFARO MARIA LOURDES	2016_0351	F	19/01/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	LOPEZ GOMEZ CONCEPCION	2016_0384	F	09/02/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	FERRER CERON ISABEL	2016_0468	F	08/02/2018	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	FORTUÑO CEBAMANOS BLANCA	2016_0507	F	13/02/2018	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA COLONIZACION-INFECCIONBRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). SERVICIO MICROBIOLOGIA. HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	VIÑUELAS BAYON JESUS	2016_0509	F	23/01/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MARTIN SACO GLORIA	2016_0563	F	19/01/2018	ASESORAMIENTO MICROBIOLOGICO EN ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	PALACIAN RUIZ MARIA PILAR	2016_0572	S1	17/01/2018	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	REZUSTA LOPEZ ANTONIO	2016_0603	F	12/02/2018	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	REVILLO PINILLA MARIA JOSE	2016_0685	F	14/02/2018	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	VILLUENDAS USON MARIA CRUZ	2016_0751	F	04/02/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA	2016_0761	F	15/02/2018	ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLOGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO YMEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL	2016_0889	F	19/01/2018	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA	2016_0540	F	14/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	FERRER LOPEZ EMILIA	2016_0560	S1	15/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	GUTIERREZ DALMAU ALEX	2016_1211	S1	21/02/2018	PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH ALBERTO	2016_1416	S1	20/02/2018	PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	VERA SOLSONA ELISABET	2016_0221	F	02/03/2018	OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MARTIN CARPI MARIA TERESA	2016_0262	F	21/02/2018	POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GOMARA DE LA CAL SARA	2016_0298	F	22/02/2018	EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICOINFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA YNEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	VIÑADO MAÑES CLARA MARIA	2016_0333	F	21/02/2018	EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	FONDEVILA MONGE JUSTA	2016_0347	S1	13/02/2018	PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TT° I-VENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	HERRERO LABARGA MARIA INES	2016_0501	F	15/02/2018	ELABORACION DE UN PROYECTO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION	2016_0576	F	13/01/2018	PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE DE HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	POLANCO ALONSO DINORA	2016_0618	F	22/03/2018	PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA	CASADO PELLEJERO JUAN	2016_0164	S3	11/02/2019	DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA	CASADO PELLEJERO JUAN	2016_0164	F	31/01/2018	DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA	GONZALEZ GARCIA LAURA	2016_0583	S1	17/01/2018	OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	DOLZ ZAERA MARIA ISABEL	2016_0876	F	21/02/2019	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	HADDAD GARAY MARIA	2016_0876	F	15/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	DOLZ ZAERA MARIA ISABEL	2016_0921	F	15/02/2018	UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARTAL ROY JORGE	2016_0144	F	02/05/2018	PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	EXPOSITO SANCHEZ CARMEN	2016_0340	F	16/02/2018	EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2016_0391	F	27/02/2018	MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUNS CERTIFICADO POR LA ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2016_1431	F	27/02/2019	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	SERRANO PONZ MARTA	2016_1431	F	27/02/2018	SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUNS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BRUN VALVERDE ANA PILAR	2016_0228	F	06/02/2018	ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ PEREZ JAVIER	2016_0254	S1	08/02/2018	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	OLIVAN LAMBEA CRISTINA	2016_0272	S1	06/02/2018	REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BUIL CARRERA OLIVIA NOELIA	2016_0282	S1	23/04/2018	MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA	2016_0282	S1	26/01/2018	MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MAÑAS MARTINEZ MARIA DEL MAR	2016_0345	F	11/02/2018	PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SAZ SIMON LAURA	2016_0376	S1	04/02/2018	PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DEL HUNS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ROYO VIÑADO MARIA JESUS	2016_0419	S1	01/02/2018	PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARNAL GARCIA MARTA	2016_0419	S2	19/04/2018	PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTI GAMBOA SABINA	2016_0423	S1	16/02/2018	ADECUACION DE LA RECOGIDA DE GASOMETRIA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACION DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS	2016_0433	F	16/02/2018	PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ANDRES OROS MARIA PILAR	2016_0445	F	16/02/2018	IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GONZALEZ BALLANO ISABEL	2016_0493	F	16/02/2018	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA CLINICA DE GRIPE EN GESTANTE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUNS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TEJERO CABREJAS EVA LUCIA	2016_0580	F	16/02/2018	ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							MATERNO FETAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ LAZARO LAURA	2016_0664	F	16/02/2018	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	VIÑERTA SERRANO ESTHER	2016_0703	S1	04/05/2017	MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	AGUSTIN OLIVA ANDREA	2016_0715	F	16/02/2018	AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ADIEGO CALVO IGNACIO	2016_0725	F	15/02/2018	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINEN POR UN PROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	JOSE GUTIERREZ YASMINA	2016_0750	S1	25/01/2018	PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	PASCUAL MANCHO JARA	2016_0822	S1	16/02/2018	COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BOLEA TOBAJAS RAUL	2016_0828	S1	16/02/2018	DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ LEON MARTA	2016_0836	S1	15/02/2018	ATENCION AL DUELO PERINATAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTINEZ SUÑER SILVIA	2016_0864	F	16/02/2018	IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROMOSOMOPATIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	2016_0935	S1	20/02/2018	PROTOCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ROY RAMOS VIRGINIA	2016_0973	F	16/02/2018	CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	YAGÜE MORENO HORTENSIA	2016_0974	F	13/02/2018	REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL	2016_0992	S1	12/04/2018	FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGO CONDE CESAR	2016_1021	F	22/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	VICENTE GOMEZ ISABEL	2016_1022	F	16/02/2018	ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DESALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TEBAN PONCE VANESSA	2016_1025	S1	16/02/2018	MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	SANCHEZ PEREZ ANTONIO	2016_1406	S1	15/02/2018	PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	ABADIA ALVAREZ BEATRIZ	2016_1407	F	06/02/2018	PROTOCOLO DE ANTIAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DECATARATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ARTAL CORTES ANGEL	2016_0054	S1	03/04/2018	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	JORDAN BENAVENT MARIA JESUS	2016_0256	F	24/01/2018	SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA " HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA "
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ BUSTO IÑAKI	2016_1429	S1	29/04/2018	IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ANTON TORRES ANTONIO	2016_1430	S1	29/04/2018	UNIDAD FUNCIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	MENDEZ VILLAMON AGUSTINA	2016_0296	S1	19/02/2018	MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-ISO 9001 EN EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR	2016_0327	F	22/02/2018	IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA	2016_0593	F	15/02/2018	MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	GARCIA GIMENO BLANCA	2016_0633	S1	13/02/2018	IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	TERRE FALCON RAMON	2016_0824	F	15/02/2018	PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	PEREZ DELGADO LAURA	2016_1268	S1	13/02/2018	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE SEVERA EN EL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	FERNANDEZ LIESA RAFAEL	2016_1390	F	14/02/2018	INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	FRAILE RODRIGO JESUS JOSE	2016_1392	F	14/02/2018	PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	VICENTE GONZALEZ EUGENIO ANDRES	2016_1395	S1	19/01/2018	CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS REALIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO "AUDIONAUTAS"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	DE MIGUEL GARCIA FELIX	2016_1396	S1	13/02/2018	APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	PALANCA ARIAS DANIEL	2016_0016	F	18/01/2018	TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	AYERZA CASAS ARIADNA	2016_0017	F	12/01/2018	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	LOPEZ RAMON MARTA	2016_0067	F	13/01/2018	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	FERRER LOZANO MARTA	2016_0167	S1	22/02/2018	CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	RITE GRACIA SEGUNDO	2016_0230	F	20/02/2019	CERTIFICACION ISO9001 DE LA UCI NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	RITE GRACIA SEGUNDO	2016_0230	F	07/02/2018	CERTIFICACION ISO 9001 DE LA UCI NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	BERENGUEL LOVACO RICHARD	2016_0301	F	12/02/2018	CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO	2016_0571	F	12/01/2018	MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	MONGE GALINDO LORENA	2016_0598	S1	10/02/2018	LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA	2016_0857	S1	20/02/2018	MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	ROS ARNAL IGNACIO	2016_0931	S1	13/02/2018	PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	PINILLOS PISON RAQUEL	2016_0984	S1	19/02/2018	MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOSES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (< O IGUAL A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O < O IGUAL A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	CAMPOS CALLEJA CARMEN	2016_1020	S1	22/02/2018	MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GOMEZ BARRENA VIRGINIA	2016_1035	F	20/02/2018	MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GARCIA ROMERO RUTH	2016_1343	S1	14/02/2018	MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GARCIA ESCUDERO CRISTINA	2016_1768	S1	06/02/2018	REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GARCIA ESCUDERO CRISTINA	2016_1768	F	20/02/2019	REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	ABENIA USON PILAR	2016_1769	S1	05/02/2018	PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDADESPANOLA DE NEONATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	ABENIA USON PILAR	2016_1769	S2	20/02/2019	PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	TORRES CLAVERAS SONIA	2016_1770	S1	07/02/2018	IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	TORRES CLAVERAS SONIA	2016_1770	S2	20/02/2019	IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL RCP NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PERSONAL	MARTIN PEREZ JESUS	2016_0915	F	20/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTEDETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	MOÑITA BLANCO MARIA ADORACION	2016_0948	S1	19/02/2018	EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H.U. MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	EZPELETA ASCASO IGNACIO	2016_1433	S1	19/02/2018	RIESGO CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	DE JUAN LADRON YOLANDA	2016_0285	F	09/01/2018	MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	MORER BAMBA BARBARA	2016_0497	F	04/02/2018	ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA	2016_0732	F	09/01/2018	MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PASCUAL GARCIA ASUNCION	2016_1436	S1	01/01/2018	ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA ULME, INFORMATIZANDO LOS INFORMES CLINICOS POR PARTE DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	GRACIA GARCIA PATRICIA	2016_1449	F	04/01/2018	PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	SOLER GONZALEZ CRISTINA	2016_1462	S2	19/04/2018	SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	SOLER GONZALEZ CRISTINA	2016_1462	F	02/01/2019	SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOSADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ POZA ALFONSO	2016_1472	F	09/01/2018	DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS	2016_1483	F	15/02/2018	PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	ASENSIO MANERO CARMEN	2016_1513	F	16/02/2018	CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	MAYAYO SINUES ESTEBAN	2016_0142	F	29/01/2018	EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CRUZ CIRIA SILVIA	2016_0146	S0	30/01/2019	CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		RADIODIAGNOSTICO					MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 Y TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	CRUZ CIRIA SILVIA	2016_0146	S1	22/02/2018	CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	BERNAL LAFUENTE CELIA	2016_0463	S1	23/01/2018	SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES: MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, IMPLANTES COCLEARES FRENTE A RM
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	GRIMA GRIMA MARIA JOSE	2016_0539	S1	22/02/2018	ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	ARTAJONA BLANCO JOSE JESUS	2016_0541	S1	21/02/2018	ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	SERAL MORAL PILAR	2016_0591	S2	21/02/2019	CONSOLIDACION DE SISTEMA DE CALIDAD EN NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA ISO 9001 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	SERAL MORAL PILAR	2016_0591	F	22/02/2018	IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SEVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	MARTIN CUARTERO JOAQUIN	2016_0917	S1	25/01/2018	ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	GANDIA MARTINEZ ALMUDENA	2016_0913	F	22/01/2018	SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	FONT GOMEZ JOSE ANTONIO	2016_1271	S1	21/02/2018	MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIAFISICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	RUEDA GORMEDINO PILAR	2016_0169	F	23/04/2018	IMPLANTACION METODO EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN PACIENTE PLANTA NEUROREHABILITACION. FORMACION PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR	2016_0337	S1	12/03/2018	IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	JARIOD GAUDES RICARDO	2016_0343	F	13/03/2019	ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	JARIOD GAUDES RICARDO	2016_0343	F	22/01/2018	CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	MARTITEGUI JIMENEZ ELENA	2016_0394	S1	08/02/2018	ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	HIDALGO MENDIA BEGOÑA	2016_0573	S1	22/01/2018	ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	TRIS ARA MARIA JOSE	2016_0741	S1	14/02/2018	REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	FERRANDO MARGELI MERCEDES	2016_0869	S1	13/02/2018	CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO	2016_0880	F	15/02/2018	DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	GIMENO GONZALEZ MARINA	2016_0975	S1	22/02/2018	RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	MORATA CRESPO ANA BELEN	2016_1033	S1	22/02/2018	FASE 3 DE A REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	VAZQUEZ GALEANO CARLOS	2016_0667	F	20/03/2018	IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL Sº DE

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER	2016_1432	S1	15/02/2018	ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS. CANAL DE DERIVACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	PECONDON ESPAÑOL ANGELA	2016_1435	S1	14/02/2018	APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET TRABAJO SOCIAL	BOROBIO LAZARO ALMUDENA	2016_0702	F	05/02/2018	GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	ROY JIMENEZ MARIA	2016_0043	S1	28/02/2019	ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	ROY JIMENEZ MARIA	2016_0043	F	13/02/2018	UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI PEDIATRIA	GARCIA ÑIGUEZ JUAN PABLO	2016_0261	S1	22/02/2018	IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	SOLANO BERNAD VICTOR	2016_0052	F	12/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE FORMACION	GALVEZ ALVAREZ EVA	2016_0858	F	12/02/2018	CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DEL SECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UNIDAD FUNCIONAL DE DIETETICA Y NUTRICION	DE TORRES AURED MARIA LOURDES	2016_1134	S1	12/02/2018	FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	SANMARTIN ALLUE HECTOR	2016_0255	F	30/01/2018	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING	2016_0303	S1	30/01/2018	IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	ESTABEN BOLDOVA VICTORIA	2016_0362	F	10/02/2018	PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMatico EN URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA	2016_0368	F	15/02/2018	MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	CUADRA GIMENEZ PILAR	2016_0436	S1	04/02/2018	IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL	2016_0517	F	28/06/2018	MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	HERRER CASTEJON ANA	2016_0643	S1	13/02/2018	ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR	2016_0695	S1	14/02/2018	ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	GROS BAÑERES BELEN	2016_0774	F	19/02/2018	ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	GIMENEZ VALVERDE ANTONIO	2016_0808	F	06/02/2018	RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	LOPEZ LOPEZ FERNANDO	2016_0818	S1	21/03/2018	ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	VAZQUEZ ARIZA JAVIER	2016_1017	F	13/02/2018	TRIAJE PEDIATRICO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2016_0675	S1	14/02/2018	MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2016_0675	F	24/02/2019	MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GIL MARTINEZ PEDRO	2016_1243	S1	20/02/2018	CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y

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

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

Número de memorias: 371 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		UROLOGIA					ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	GIL MARTINEZ PEDRO	2016_1243	S2	07/02/2019	CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	GIL MARTINEZ PEDRO	2016_1243	S3	23/02/2020	CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2016_1260	S1	18/03/2019	MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA (ACUERDO DE GESTION)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	ESPILEZ ORTIZ RAQUEL	2016_1269	S1	20/03/2018	CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	ESPILEZ ORTIZ RAQUEL	2016_1269	F	19/02/2019	CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1080

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE HELENA SANZ SANZ
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORBERA ALMAJANO MANUEL
AYALA CUEVAS BEATRIZ
MARTINEZ MORAL MARIA
CONTRERAS SARABIEGO MARIA JOSE
VILLANUEVA ORBAIZ MARIA TERESA
FERRER DUCE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Búsqueda exhaustiva de bibliografía actualizada al proceso de duelo y la pérdida neonatal, así como protocolos establecidos en otros hospitales de la red del Sistema Nacional de Salud para el abordaje en el ámbito hospitalario de dichas pérdidas.
- Análisis de las características de la Unidad de Neonatología del Hospital materno-infantil del Hospital Miguel Servet y detección de aspectos de mejora en relación al abordaje a padres que se enfrentan a una pérdida neonatal en esta unidad.
- Elaboración de un díptico informativo del proceso de duelo y los trámites a seguir para entregar a los padres, así como una relación de los recursos existentes dentro y fuera de la red de salud pública dedicados al abordaje del duelo tras el alta hospitalaria.
- Elaboración de un procedimiento consensuado a seguir por los diferentes profesionales de la unidad, según sus ámbitos de competencias.
- Formalización y consenso respecto a la elaboración y forma de proceder con la "caja de recuerdos" que se ofrece a los padres si lo desean (qué objetos y cómo presentarlos, cuándo se entrega...).
- Elaboración de una "plantilla de nacimiento" donde se recogen los datos del bebé y las huellas de pies y manos para entregar a los padres como recuerdo.
- Presentación del díptico al resto de profesionales de la unidad e información sobre las actividades llevadas a cabo por el equipo de mejora, buscando una línea común y coherente entre todos los profesionales.
- Presentación en el grupo de mejora de calidad adscrito al Servicio de Psiquiatría de las actividades realizadas y su evolución, de forma regular durante el tiempo de desarrollo de la línea.
- Elaboración del registro de casos de exitus para cumplimentar por los profesionales.
- Asistencia al taller "Acompañamiento en el duelo gestacional y perinatal" de parte de los profesionales de la unidad para profundizar en los aspectos psicológicos y emocionales que tienen lugar en una situación de duelo, así como para aprender estrategias de abordaje y acompañamiento a los padres y familiares.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración del díptico informativo del proceso de duelo, trámites y recursos asistenciales. 100%
- Establecimiento de la relación de elementos a incluir en la "caja de los recuerdos", junto con la plantilla de huellas de pie y mano. 100%
- Asistencia al taller "Acompañamiento en el duelo gestacional y perinatal" de parte de los profesionales de la unidad. Asistencia < 50% de la plantilla.
- Elaboración del registro de los casos de exitus y el procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo. Realizado 100%; pendiente de cumplimentar según tengan lugar los casos.
- Presentación en grupo de calidad y en la unidad de neonatología de las actividades realizadas. 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se destaca el interés que suscita dentro de los profesionales que asisten a bebés ingresados en la unidad de neonatología por el procesos de duelo y el acompañamiento a las familias en el caso de enfrentarse a una muerte prematura. Es importante continuar trabajando para mejorar el acompañamiento en estos casos, ya que un adecuado acompañamiento y asistencia en esos momentos de tan importante fragilidad y vulnerabilidad emocional puede ayudar a prevenir complicaciones a nivel psicológico.

Se detecta la demanda y necesidad de continuar ofreciendo formación específica sobre aspectos emocionales y técnicos a los profesionales asistenciales que atienden a bebés neonatos y sus familias, con el objetivo de dotarle de recursos para realizar un adecuado acompañamiento a dichas familias.

La mayor parte de familias que han sufrido una pérdida neonatal en la unidad y que fueron posteriormente entrevistadas valoran positivamente la atención recibida por los profesionales de la unidad.

Los profesionales que trabajan en la unidad valoran positivamente el díptico realizado y lo consideran útil en su trabajo diario.

Los profesionales que asistieron al taller se encuentran muy satisfechos con la materia impartida y consideran que lo han integrado en su trabajo.

Queda pendiente llevar comenzar a cumplimentar el registro de los casos de exitus y valorar posteriormente la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1080

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

actuación por parte de los profesionales.

Debido al interés suscitado en los profesionales, junto con su demanda de adquirir conocimientos y herramientas en el ámbito de la pérdida neonatal, se considera importante continuar trabajando sobre este campo de actuación. Se trata de una línea de bajo coste económico y de resultados muy positivos. A su vez, puede ser comparada con lo realizado en otros hospitales de la red pública, ya que cada vez son más los que establecen protocolos de actuación en relación a la pérdida neonatal y perinatal.

7. OBSERVACIONES.

En el año de presentación he indicado el de la presentación del proyecto (2016)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1080 ===== ***

Nº de registro: 1080

Título
MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

Autores:
SANZ SANZ HELENA, CORBERA ALMAJANO MANUEL, AYALA CUEVAS BEATRIZ, BOULLON GOMEZ ALEJANDRA, MARTINEZ MORAL MARIA, ALVAREZ TORMES INMACULADA, VILLANUEVA ORBAIZ MARIA TERESA, FERRER DUCE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Prevención del duelo patológico y formación de los profesionales

PROBLEMA
Los residentes de Psicología Clínica, supervisados por la Psicólogo Adjunta de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Infantil, (pertenecientes todos ellos al Servicio de Psiquiatría) desarrollan un programa de Atención Continuada para prestar atención psicológica a los bebés ingresados en la planta de Neonatología y sus familias. En este tiempo se ha detectado la necesidad de sistematizar el acompañamiento a las familias con bebés en situación de muerte perinatal o neonatal.
A través de entrevistas mantenidas con padres que han pasado por una situación de pérdida neonatal se recoge la necesidad de mejorar la atención asistencial recibida en dicha situación; así como la pertinencia de recibir información en soporte escrito que oriente en los derechos, recomendaciones y pasos a seguir. El formato escrito podría facilitar el procesamiento de la información, disminuyendo el impacto de las variables emocionales sobre los procesos cognitivos.
Por otro lado, el equipo asistencial ha transmitido la necesidad de recibir formación y conocimientos específicos que potencien los recursos personales para asistir a las familias que se enfrentan a la pérdida de un hijo recién nacido.
El acompañamiento y apoyo emocional a estas familias resulta necesario de cara a favorecer la elaboración del posterior duelo, así como a facilitar, en el caso de que lo hubiera, el desarrollo de un futuro embarazo de forma más saludable a nivel psíquico. Se considera, por otra parte, que dicho documento puede resultar un recurso asistencial para el personal sanitario encargado de dicha tarea.
Actualmente, no existe en la unidad de neonatología información sistematizada que los profesionales sanitarios puedan entregar a las familias, ni que sirva como guía en su práctica diaria. Resulta escasa la formación que reciben respecto al abordaje y acompañamiento a pacientes que se encuentran ante una muerte neonatal.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejora de la atención sanitaria a familias que afrontan la muerte del hijo recién nacido.
- Aportar recursos técnicos a los profesionales que prestan asistencia a familias que afrontan la muerte del hijo recién nacido.

MÉTODO

- Elaboración de un documento escrito con información relativa a los derechos, recomendaciones y pasos a seguir en el proceso de pérdida de un hijo recién nacido que se encuentra ingresado en la planta de Neonatología del Hospital Infantil. Se realizará por el equipo de psicólogos clínicos a través de una búsqueda bibliográfica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1080

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

- Presentación del documento a los profesionales médicos y sanitarios de la Unidad de Neonatología. Realizado por el equipo de psicólogos clínicos.
- Taller dirigido a profesionales médicos y sanitarios de la Unidad de Neonatología que prestan asistencia a familias que afrontan la muerte del hijo recién nacido, con el objetivo de favorecer la adquisición de recursos asistenciales ajustados a una situación de pérdida neonatal. Realizado por psicólogos clínicos.
- Distribución del documento en la UCIN y la unidad de cuidados Intermedios de Neonatología. Realizado por profesional de enfermería.
- Registro de los casos de exitus y del procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo por Psicólogos, Médicos Pediatras y Personal de Enfermería.

INDICADORES

- Desarrollo e implantación del documento escrito (Presente/Ausente).
- Desarrollo del taller dirigido a profesionales de la Unidad de Neonatología (Presente/Ausente).
- Registro de los casos de exitus y el procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo. Se cuantificarán los casos de exitus atendidos dentro de la Unidad de Neonatología junto con determinadas variables que se consideren relevantes.

DURACIÓN

- Elaboración de un documento escrito: Hasta el 31 de Diciembre de 2016.
- Presentación del documento a profesionales médicos y sanitarios de Neonatología: Enero de 2017.
- Elaboración del taller dirigido a profesionales médicos y sanitarios: Febrero de 2017.
- Impartición del taller a profesionales: Marzo de 2017.
- Distribución del documento en la UCIN y la unidad de cuidados Intermedios de Neonatología: Marzo de 2017.
- Registro de los casos de exitus y del procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo por Psicólogos, Médicos Pediatras y Personal de Enfermería: desde Marzo a octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Siendo que los Residentes de Psicología Clínica (PIR) son participantes fundamentales en el desarrollo del programa de Atención Continuada ya mencionado, se considera necesario hacerles formar parte del proyecto de mejora de calidad.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0323

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

Fecha de entrada: 20/11/2017

2. RESPONSABLE ISABEL RUBIO GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA
MARTINEZ VIÑUELAS LORENA
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE
PARDOS GARCIA ROSA ANA
MAZA RODRIGUEZ RUTH
BELSUE ZANDUNDO ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En una primera reunión revisamos, entre todos los integrantes del proyecto, los procedimientos operativos de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo propios del Sector II de Zaragoza, el procedimiento operativo de gestión de los almacenes de fungible y el procedimiento de esterilización y desinfección en los equipos de atención primaria, cuya correcta implementación y seguimiento es el objeto de este proyecto.

Seguidamente analizamos como se están desarrollando estos procedimientos, en el momento actual, en el C.S.Campo de Belchite, y si se están utilizando los registros específicos para su control, detectando las siguientes irregularidades:

-Almacén: quedan registradas las caducidades en el momento de recibir el petitorio pero no se retiran puntualmente en el momento en que caducan, fundamentalmente en el caso del material fungible. No sabíamos si el almacén de Azuara dependía del de Belchite o eran considerados de manera independiente, porque el almacén de Azuara no disponía de etiquetas identificativas con los stocks mínimo y máximo. No se utilizaba el registro de los antipsicóticos depot. Se utiliza adecuadamente la hoja de devolución y la antigua hoja de petición de estupefacientes.

-Maletín de urgencias y carro de paradas: en Belchite se realizaban periódicamente las revisiones del carro de paradas y del maletín de urgencias, pero no así en Azuara, principalmente en el caso del maletín de urgencias. No se utilizaban los registros de caducidades.

-Esterilización: se realizaban los ciclos de esterilización pero no con una frecuencia establecida y sin registrarlos en los impresos del protocolo.

Tras este análisis inicial realizamos un reparto de tareas, cada participante del proyecto se hizo responsable de una sección a controlar, según expongo a continuación:

-Almacén Belchite: Rosa Ana Pardos García y Ruth Maza Rodríguez.

-Almacén Azuara: Encarna Belsué Zandundo.

-Carro de paradas Belchite: M^a José Rodríguez Rivera.

-Carro de paradas Azuara: Lorena Martínez Viñuelas.

-Maletín de urgencias Belchite: Elena Muñoz Domínguez.

-Maletín de urgencias Azuara: Isabel Rubio Gutiérrez.

-Esterilización Belchite: Begoña Martínez Casanova.

-Esterilización Azuara: Lorena Martínez Viñuelas.

Se comenzó con la correcta implementación de los procedimientos, se hicieron las revisiones y controles mensualmente, rellenando los registros adecuados en cada caso.

Además, durante el periodo de evaluación, comprendido entre abril y septiembre de 2017, cada integrante completaba una hoja de incidencias, si las había, con periodicidad mensual, según apartados, para detectar los problemas surgidos y hacer la evaluación posterior. También, las responsables de almacén, registraron la rotura de stock. Posteriormente, se realizaron dos reuniones más para exponer las dudas que fueran surgiendo y dar solución a las incidencias ocasionadas, tomando decisiones por consenso sobre algunos aspectos, o consultando con otros compañeros o servicios, como el responsable de enfermería, la subdirección de enfermería o las responsables de farmacia del sector.

Los principales incidencias registradas fueron:

-No había maletines de urgencias adecuados en los dos puntos de atención (PAC Azuara y C.S. Belchite)

-No había etiquetas identificativas de medicamentos con los stocks máximo y mínimo en PAC Azuara (ya detectado en un primer análisis).

-Se había perdido la estufa de esterilización en Azuara.

-Las ampollas para el control biológico estaban caducadas.

-No había termoselladora.

-En los almacenes había gran cantidad de material caducado, principalmente material fungible (ya detectado en un primer análisis).

-No había un listado unificado de medicamentos, en los dos puntos de atención, para el carro de paradas y maletín de urgencias.

-En Azuara no constaban los principales protocolos de urgencias cerca del carro de paradas.

-Consideramos que los carros de paradas no son adecuados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0323

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

-Incidencias relacionadas con el desabastecimiento, caducidad o no reposición de medicamentos o material.
-Incidencias relacionadas con el proceso de esterilización, por falta de material necesario o por desatención durante periodo vacacional.
Progresivamente hemos ido solucionando la mayoría de las incidencias. Asimismo, hemos tenido revisiones por parte de subdirección de enfermería del procedimiento de esterilización, y de responsables de farmacia para revisión de almacén, carro de paradas y maletín de urgencias, quienes nos han ayudado a solucionar dudas sobre el procedimiento, y nos han dado las herramientas, en algunos casos, para solventar las incidencias que iban surgiendo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mensualmente, cada participante en el proyecto, registraba las incidencias, por apartados. También se registró la rotura de stock por las responsables de almacén. Al finalizar el periodo de evaluación se analizaron estos datos mediante el programa Excel. Se han excluido incidencias referentes a material médico que no fuese medicamentos o material fungible, pues consideramos que no son objeto de la evaluación de este proyecto.

Los resultados obtenidos son:

Total incidencias: 55 Resueltas: 49 (89%) No resueltas: 6(11%)

Nº incidencias/mes: 55/6=9,16 incidencias mes.

Por apartados:

Almacén:17/55(29%); Resueltas:15/16(93%); No resueltas1/16(7%)

Carro de paradas 9/55(16%);Resueltas:6/9(67%);No resue3/9(33%)

Maletín de urgencias: 23/55 (42%);Resueltas: 23/23(100%)

Esterilización: 6/55 (11%);Resueltas:3/5(6%);No resueltas: 2/5(4%)

Total episodios rotura stock: 45 Resueltos:34/45(75%) No resueltos: 11/45(25%)

Nº rotura stock/mes: 45/6=7,5.

Incidencias resueltas:

Se solicitaron dos maletines de urgencias, dentro del plan de necesidades, que nos fueron suministrados en el mes de agosto. Se montaron de manera uniforme en los dos puntos de atención.

Tras la visita de la subdirectora de enfermería para el control del proceso de esterilización, se le planteó la necesidad de una estufa de esterilización y termoselladora. En breve periodo nos suministró la estufa que faltaba, no así la termoselladora.

El servicio de farmacia nos envió las etiquetas con stock máximo y mínimo para el almacén de Azuara, que fueron colocadas.

Mediante consenso y basándonos en el procedimiento de maletín de urgencias y carro de paradas, elaboramos unos listados con el material imprescindible, de manera unificada en los dos puntos de atención.

Así mismo, se prepararon dos carpetas, una para cada punto de atención, donde tener guardados estos listados junto con los registros de caducidades, de manera accesible, para uso y conocimiento de todos los integrantes del equipo.

Se colocaron los principales protocolos de urgencias cerca del carro de paradas de Azuara. También se plastificaron estos protocolos y se colocaron en sendos maletines de urgencias.

También incidencias surgidas con caducidades o no reposición adecuada que han sido solucionadas por cada responsable en el momento.

Incidencias no resueltas:

No hemos conseguido la termoselladora.

Los carros de paradas son obsoletos y pequeños pero no hemos hecho la petición de unos nuevos en este periodo.

Sería una tarea pendiente de realizar.

Rotura de stock:

La mayoría de la rotura de stock se ha solucionado con el petitorio normal de medicamentos. En algunos casos ha habido un desabastecimiento de almacén central, que en alguna situación ha obligado a suprimir ese medicamento del petitorio.

En ocasiones, y principalmente durante el periodo estival, pequeños desabastecimientos en el almacén de Azuara se han solucionado utilizando medicación del C.S. Belchite.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones que podemos obtener tras la evaluación del proyecto son:

Durante el desarrollo del proyecto nos hemos ajustado al procedimiento y hemos realizado los registros mensuales, consiguiendo una mejor gestión y control de los recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia. Las revisiones periódicas de la caducidad de la medicación y su registro son estrictamente necesarias en el marco, tanto de la seguridad del paciente como del profesional, al igual que el control de los procesos de esterilización.

El control del stock máximo y mínimo de la medicación consigue una adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando el abuso de recursos o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.

La homologación de estos procedimientos de soporte permite evitar diferencias entre los diferentes equipos en el abordaje de procedimientos comunes.

Todo ello es una herramienta útil en el contexto de mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente.

Debemos continuar con el desarrollo de estos procedimientos en nuestro equipo, dejando todos los procesos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0323

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

correctamente registrados y accesibles para la aplicación y revisión por cada miembro del equipo.

7. OBSERVACIONES.

A la finalización de este proyecto se nos proporcionó la nueva revisión del procedimiento por lo que hay procesos que no hemos desarrollado, como el control de los medicamentos en los consultorios locales, algo muy útil en nuestro centro de salud ya que consta de 14 consultorios.

Asimismo, se dejará en las salas de urgencias el anexo sobre la caducidad de las formas farmacéuticas multidosis, nuevo en este último protocolo.

Toda la documentación está bajo la supervisión del responsable de calidad, a disposición de quién la precise.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/323 ===== ***

Nº de registro: 0323

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

Autores:
RUBIO GUTIERREZ ISABEL, MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA, MARTINEZ VIÑUELAS LORENA, MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, PARDOS GARCIA ROXANA, MAZA RODRIGUEZ RUTH, BELSUE ZANDUNDO ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CON PATOLOGÍA PROPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA O ATENCIÓN CONTINUADA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)

Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0323

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: ELENA MUÑOZ DOMINGUEZ (ENFERMERA AC)
Urgencias: BEGOÑA MARTINEZ CASANOVA (ENFERMERA AP)
Esterilización: LORENA MARTINEZ VIÑUELAS (ENFERMERA AP)

INDICADORES

Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- N° de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

Actividades 2017

Distribución proyectos: ENERO Y FEBRERO

Formación: ENERO Y FEBRERO

Nombramiento responsables: ENERO

Puesta en marcha procedimiento : MARZO

Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: MAYO

Seguimiento actividad: controles trimestrales: JUNIO, SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE.

Indicadores y conclusiones finales: NOVIEMBRE Y DICIEMBRE

Propuestas de mejora: NOVIEMBRE Y DICIEMBRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0453

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ELENA MUÑOZ DOMINGUEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ RIBERA MARIA JOSE
MAZA RODRIGUEZ RUTH
PARDOS GARCIA ROSA ANA
CAPABLO MAÑAS BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Enero se realiza una primera reunión con todos los integrantes del equipo de calidad para analizar la situación actual sobre los recursos disponibles en nuestro C.S Belchite para la atención urgente continuada que es en lo que se basa nuestro programa de calidad. Comprobamos la ausencia o existencia escasa de registros que sirvan de control de estos recursos, salvo en el caso del carro de paradas que si que se realiza un registro mensual, también encontramos material en desuso, caducidades y a veces falta de material necesario. Para solucionar estos primeros problemas decidimos unificar unos criterios de registro mediante el uso de unas plantillas comunes que permitan apuntar fechas, incidencias y soluciones tomadas en cada caso.

Proponemos unos indicadores que nos permitan cuantificar los resultados que obtengamos al finalizar nuestro programa de calidad que van a ser:

-Nº de incidencias que surgen.

.Nº de incidencias solucionadas.

-Cantidad de material roto o en desuso.

-Cumplimiento de las hojas de registro.

Comunicamos al equipo de Atención primaria nuestro programa de calidad para que queden informados, en que va a consistir y como lo vamos a realizar.

Establecemos un calendario de dos reuniones más (Abril y Junio)para evaluar incidencias surgidas y propuesta de líneas de mejora.

Distribuimos entre los componentes del equipo el material que cada uno va a gestionar y controlar a lo largo del proyecto:

Carro de paradas: Mª José Rodríguez Rivera

Maletín de urgencias: Elena Muñoz Domínguez

Vitrina urgencias: Ruth Maza Rodríguez

Electrocardiógrafo: Rosa Ana Pardos García

Oxígeno, aspirador y pulsioxímetro: Belén Capablo Mañas

Desde Marzo, cada componente ha estado realizando un registro mensual mediante el uso de una hoja creada por nosotros con un programa de Excell; hoja de incidencias; hoja rotura stock; hoja devolución y control de caducidades en el caso del carro de paradas, maletín de urgencias y vitrina, mientras que para el electrocardiógrafo y material relacionado con el oxígeno usamos hoja de incidencias; hoja registro de verificación y hoja de actividades de mantenimiento interno y externo (y hoja de stock almacén también para el oxígeno)

En posteriores reuniones (Abril y Junio) vamos poniendo en común los problemas e incidencias que nos surgen a cada uno al rellenar nuestras respectivas hojas de registro ya que trabajando en equipo buscamos la mejor solución para cada caso cuando la hay y si no intentamos mejorar el problema en la medida de lo posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mediante el uso como fuente de información de todos los registros recogidos de manera mensual detectamos las siguientes incidencias:

A.. Generales o comunes:

- Numerosas caducidades de fármacos y material de urgencias.

-Desabastecimiento de material de urgencias y fármacos por rotura de stock

-Falta de reposición en algunos casos del material de urgencias por parte del personal del centro tras su uso.

- Desorganización del material de urgencias en general y más frecuentemente tras su uso.

B. Específicas según el material:

- Carro de paradas y maletín de urgencias inadecuados con falta de espacio.

-Material obsoleto en carro de paradas y maletín de urgencias como es el caso de ambús y mascarillas para el mismo.

-No hay unificación de criterios en cuanto a qué medicación ni cantidad debe de haber en el carro y el maletín de urgencias.

-Falta de material básico de urgencias en el maletín del centro como puede ser mascarillas de reservorio, ambú pediátrico..

-Falta de protocolos RCP en carro y maletín de urgencias.

-Problemas de funcionamiento con el electrocardiógrafo. y pulsioxímetro.

-Aspirador roto, no funciona.

-Zona de almacenaje inadecuada para las bombonas de oxígeno.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0453

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

Tras analizar todas las incidencias y de acuerdo a nuestros indicadores establecidos y nombrados anteriormente llegamos a estos resultados:

Indicadores:

- Nº de incidencias totales que surgen: 57
- Nº de problemas o incidencias solucionadas:49, (85%) de las cuales:
 - Carro de paradas:10 incidencias, resueltas 6 (60%)
 - Maletín de urgencias: 24 incidencias, resueltas 23 (96%)
 - Vitrina:15incidencias, resueltas 15 (100%)
 - Electrocardiógrafo:4 incidencias, resueltas 3 (96%)
 - Oxígeno, aspirador y pulxi:4incidencias, resueltas2 (50%)
- Cantidad de material roto o en desuso: 2
- Cumplimiento de las hojas de registro:Si

Los resultados son bastante satisfactorios puesto que la mayor parte de las incidencias quedan resueltas:

Los fármacos y material caducado así como las roturas de stock se solventan mediante la solicitud en petitorio a través del coordinador de enfermería.

Se reorganiza el carro de paradas, vitrina y maletín de urgencias de manera que todo el material este más visible y facilite su localización de manera más rápida ante una urgencia.

Con el uso mensual de las hojas de registro conseguimos que todos los fármacos y material se encuentre debidamente repuestos en todo momento.

Se unifican criterios en cuanto a cantidades de fármacos y material que deben de tener tanto el carro como en el maletín de urgencias o la vitrina.

Se renueva parte del material obsoleto como es el caso de un ambú pediátrico nuevo.

En relación a otro programa de calidad paralelo que se está realizando en el centro que también incluye fármacos del maletín de urgencias se consigue un maletín nuevo que cubre bastante bien las necesidades del centro.

Se colocan protocolos de RCP plastificados tanto en maletín como en la pared que está justo al lado del carro.

Se solucionan fallos de funcionamiento del pulsioxímetro mediante el cambio de pilas.

Se solucionan fallos de funcionamiento del electrocardiógrafo a través de consultas con el personal de mantenimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valorando con el equipo de mejora de calidad sobre las actividades realizadas en relación a la consecución de los objetivos iniciales marcados que son mejorar la calidad de la atención urgente mediante el uso adecuado de los recursos disponibles así como el control del material de urgencias existente para poder llevar a cabo las situaciones reales urgentes que puedan surgir con la mayor eficiencia posible, llegamos a la conclusión de que nuestro programa de calidad ha sido útil puesto que nos ha permitido clasificar, ordenar y contabilizar el material de urgencias de nuestro centro de salud evitando tanto duplicidades de existencias como carencias surgidas. Esto nos sirve a todo el equipo como base para poder brindar una atención urgente de manera mas rápida y competente puesto que ahora una buena parte del material de urgencias está mucho más accesible y estructurado con respecto a como lo estaba antes de iniciar nuestro programa de calidad.

Sería interesante continuar con este trabajo ya que nos quedan todavía incidencias por solucionar como son conseguir ambús y mascarillas de adultos actualizados, un aparato de aspiración nuevo que queda pendiente de solicitar, o conseguir material novedoso de intubación como es el caso de las mascarillas laríngeas.

Consideramos también y quizá sea la razón de más peso para querer mantener este programa de calidad, el continuar realizando de manera mensual todos los registros para seguir controlando el material (orden, abastecimiento y uso) evitando así situaciones negativas anteriores que disminuyen la eficacia en la atención continuada urgente pero decidimos cerrar este proyecto por el momento porque queremos planificar otro nuevo donde se incluyan nuevos aspectos que aquí no han sido tratados ni tenidos en cuenta como pueden ser almacén, organización de las sala de urgencias o incluso control del coche de urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/453 ===== ***

Nº de registro: 0453

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0453

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

Autores:
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, CAPABLO MAÑAS BELEN, MAZA RODRIGUEZ RUTH, PARDOS GARCIA ROXANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

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

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uso con baja eficiencia de los recursos disponibles en el centro de salud en situaciones de urgencia por falta de organización o conocimiento de los mismos.
Proyecto de mejora que considero necesario para abordar y solucionar esta situación de manera eficaz mediante la aduación de los procedimientos oportunos así como de la optimización de los recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la calidad de la atención urgente a los pacientes mediante el uso adecuado de los recursos disponibles.

Control de salas y de todo el material relacionado con la actividad asistencial urgente para adecuar con la mayor eficiencia posible el material necesario a cada situación real urgente que pueda surgir aumentando la competencia de los profesionales con máximos resultados.

MÉTODO
Información al personal del proyecto y distribución de responsabilidades para cada uno para poder llevar a cabo un control y puesta en marcha de todo el equipamiento de urgencias disponible en el centro incluyendo vitrina, carro, maletín de urgencias, electrocardiógrafo, oxígeno y aspirador.

Establecer unos indicadores que se obtendrán a partir de la cumplimentación periódica de unos registros adecuados para verificar el control de los recursos.

Reuniones con los componentes del proyecto para elaborar listas de incidencias que puedan aparecer así como abordaje de las mismas para solventarlas.

INDICADORES
Número de incidencias que surgen
% de problemas solucionados
Cantidad de material en deshuoso.

DURACIÓN
Enero: Reunión para conocer el proyecto, distribución de responsabilidades y explicación de los registros a cumplimentar.

Febrero: Puesta en marcha del proceso

Abril: Reunión para evaluación de incidencias surgidas y propuesta de líneas de mejora y puesta en marcha de las modificaciones oportunas.

Marzo-Octubre: Evaluación del seguimiento.

Noviembre: Memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0453

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1237

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CAIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2105/2016)

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE KARLOS NAVERAN TOÑA
· 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
BELLO MARTINEZ AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al inicio del curso se evaluó la distribución de los distintos grupos de alimentos, así como las calorías del menú escolar del CEIP Belia.

Se realizaron visitas a la cocina y al comedor para comprobar in situ las materias primas con las que se elabora la dieta, así como el ambiente en el que los escolares realizan su comida.

Se ha participado conjuntamente con la comunidad educativa en jornadas de "desayunos saludables" en el centro escolar.

Se ha realizado evaluación de la ingesta de los vegetales y fruta servidos a los niños mediante el análisis de bandejas en el comedor (método Comstock de estimación visual).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido que los menus contentan las calorías requeridas, así como una adecuada distribución de todos los grupos de alimentos.

Queda pendiente analizar los datos obtenidos tras la evaluación de las bandejas. Tras dicho análisis se establecerá si los escolares de dicho centro escolar ingieren las cantidades recomendadas de fruta y verdura durante su comida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se valora de forma muy positiva la respuesta de los escolares a la introducción de hábitos saludables en su dieta. Se objetiva que la adquisición y seguimiento de dichos hábitos puede contribuir a seguir un estilo de vida saludable en el futuro

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1237 ===== ***

Nº de registro: 1237

Título
SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CEIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2016/2017

Autores:
NABERAN TOÑA KARLOS, CALVO VERA JOSE JUAN, BELLO MARTINEZ AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos ..: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Por solicitud se analizan los menús escolares de comedor y el tipo de alimentos durante el curso 2016/2017. Durante el curso anterior (2015-2016) se objetivó bajo número de calorías en algunos de los menús y deficiente ingesta de frutas y vegetales, por lo cual se creyó conveniente realizar seguimiento durante el curso actual

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1237

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CAIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2105/2016)

- 1- Adecuar el contenido y valor nutricional.
- 2- Fomentar la alimentación saludable promoviendo el consumo de fruta,verdura y pescado en la consulta de pediatría.
- 3- Asegurar la alimentación variada y saludable independientemente del resto de comidas en domicilio.
- 4-Adecuación de los menús para los niños con problemas de salud específicos: celiaquía, obesidad, intolerancia a lactosa, hipercolesterolemia, etc
- 5-Promocionar el uso de aceite de oliva, retirando si hubiera, aquellos productos con aceite de palma y coco. Retirar de los menús pescados susceptibles de estar contaminados de origen (ej: panga)

MÉTODO

- 1-Reuniones periódicas con profesorado y responsables de la cocina.
- 2-Visita a las cocinas para verificar elaboración de los productos

INDICADORES

1. Que los menús contengan de 1.700-200Kcal/día por niño
2. Que haya una pieza de fruta de temporada en cada comida
3. Adecuar los menús a los niños con necesidades especiales
4. Vigilar de aceites y productos saludables

DURACIÓN

- Marzo: reunión informativa con directora del centro escolar
Abril: visita a cocinas e información con los responsables de las mismas. Propuesta nuevos menús
Septiembre: evaluación y cronograma próximo curso

OBSERVACIONES

Este proyecto da continuidad al iniciado el curso anterior, y pretende así mismo, seguir durante el curso 2017-2018

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1468

1. TÍTULO

TALLER DE LAVADO DE MANOS ENCENTROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE JUAN CALVO VERA
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUBEL CAMPOS CARLOS JAVIER
GRACIA TRICAS MARIA DEL MAR
MANERO ANSON YOLANDA
MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA
SUÑER ABADIA SILVIA
GAMBARO BELLO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado vistas posteriores al taller de lavado de manos en los centros escolares.
Se han realizado entrevistas con equipo docente, personal de comedor, padres/madres de alumnos y alumnos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aunque no es posible realizar una medición cuantitativa de la mejora en la higiene de manos por parte de los escolares, las respuestas tanto por parte de padres/madres y personal de los centros (profesores y personal de comedor) han sido todas positivas.
Resaltan que los niños han sido muy receptivos al mensaje que se quiso transmitir, y que no solo en el centro escolar, sino también en el domicilio se lavan las manos "más veces y mejor porque se lo enseñaron en el colegio"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo en dicha actividad ha sido muy positiva, no solo por lo divertido de la misma, sino porque se ha constatado que tras el paso del tiempo los niños siguen recordando lo que se les explicó en el taller.

Se trata de un taller fácilmente reproducible, y que debería repetirse con cierta periodicidad en los centros escolares.
Unido a éste están en marcha otros proyectos para concienciar a los alumnos de la importancia de los hábitos saludables

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1468 ===== ***

Nº de registro: 1468

Título
TALLER DE LAVADO DE MANOS EN CENTROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE

Autores:
CALVO VERA JOSE JUAN, CUBEL CAMPOS CARLOS JAVIER, GRACIA TRICAS MARIA MAR, MANERO ANSON YOLANDA, MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA, SUÑER ABADIA SILVIA, GAMBARO BELLO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (VIA FECAL-ORAL)
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: CONCIENCIAS IMPORTANCIA HABITOS HIGIENICOS SALUDABLES EN LA INFANCIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En éste, como en cualquier otra zona básica de salud, se ha objetivado elevada transmisión de enfermedades infecciosas que se contagian mediante vía fecal-oral en escolares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1468

1. TÍTULO

TALLER DE LAVADO DE MANOS ENCENTROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE

Dado que en este grupo de enfermedades infectocontagiosas es más sencillo romper la cadena de transmisibilidad, se ha considerado oportuno incidir en la implementación de hábitos higiénicos saludables desde los centros escolares.

RESULTADOS ESPERADOS

Explicar a los escolares de infantil y primaria de la comarca Campo de Belchite la importancia de realizar un correcto lavado de manos.
Concienciar a los docentes de que es necesario que los niños adquieran hábitos higiénicos saludables en el centro escolar, dado que los hábitos adquiridos en el colegio se internalizan y se siguen realizando en el domicilio.

MÉTODO

Se realizarán Talleres de lavado de manos en el CEIP de Belchite a los niños de infantil, 1º y 2º de primaria, así como a todos los Centros Rurales Agrupados de la Comarca (Letux, Moyuela, Azuara, Almonacid de la Cuba y Lécera). Cada taller consta de las siguientes partes:
-Charla con los escolares sobre la importancia del lavado de manos: preguntas de los niños al docente y viceversa.
- Exposición teórica por parte del docente de una correcta técnica de lavado de manos.
- Repetición de la técnica por parte de los escolares
- Proyección de pequeño video explicativo.
-Práctica de lavado de manos pasando posteriormente cada escolar por la "lámpara mágica" (luz ultravioleta), la cual les dirá si han realizado de forma correcta el lavado.
-Para finalizar se realiza una nueva charla de la que se extraen conclusiones para los niños y los profesores

INDICADORES

Actividad comunitaria no cuantificable con indicadores.
Se realizará evaluación al cabo de unos meses para comprobar si los escolares siguen realizando de forma adecuada el lavado de manos

DURACIÓN

Actividad a realizar durante los últimos meses del curso escolar 2016-2017 y los primeros del 2017-2018.
Sesiones: dos para cada uno de los centros rurales y cuatro para el CEIP de Belchite

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0666

1. TÍTULO

CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE GEMA ARA MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ PELIGROS ANTONIO
MARIÑOSA VELA CRISTINA
ADAN BEGUE CRISTINA
NOGUERO FERNANDEZ CARMEN
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
SANCHEZ TORRES YOLANDA
RABADAN DE LA PUENTE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de obtener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales

Para conseguir la certificación ISO en el EAP se realizaron las siguientes actividades de acuerdo con la norma de calidad Entre ellas destacamos :

- Analizar los indicadores del acuerdo de gestión incluidos en los objetivos, identificando los problemas por los que no se han conseguido buenos resultados Se realizará un seguimiento de los indicadores del acuerdo de Gestión incluidos en los objetivos .Entre ellos podemos destacar como objetivos con buenos resultados : La cobertura de pacientes fumadores con intervención sobre tabaquismo

- ,Los pacientes diabéticos a los que se les realizó HBA1c en los últimos seis meses.etc
- Los indicadores que no tengan buenos resultados se intentará insistir en la mejora mediante sesiones clínicas con el equipo analizando porque no se han llegado a cumplirEntre ellos por ej los referentes a cobertura de EPOC.Dichas sesiones Clínicas quedarán reflejadas en las Actas de dichas reuniones Ej Acta 7/03/2017

- Analizar las incidencias y no conformidades así como la reclamaciones y la encuesta de satisfacción del usuario, intentando alcanzar respuestas y soluciones para mejorar el funcionamiento del Centro de Salud. Estos dos apartados bajo la supervisión del coordinador de calidad Gema Ara y del coordinador del centro de salud Antonio Gómez Peligros En cuanto al análisis de las Reclamaciones podemos decir que se tiene constancia d que se produjeron 17 entre las que se destacan la prepotencia en el trato de algunos profesionales. El número de Sugerencias realizadas también han sido 17 entre las que destacan el aumento del número de personal . Incidencias podemos hablar de 81 siendo de todo tipo . El numero de No conformidades asciende a 8 destacando 2 del año 2016 y las seis restantes 2017, dentro de estas ultimas hay que destacar las 4 que derivan de las no conformidades señaladas en el informe la Auditoria interna realizad el 15/09/2017 . De dichas no conformidades, 4 están cerradas y el resto en proceso de resolución

También se realizó una Encuesta de satisfacción del Usuario,elaborada por el C de Salud que supuso un punto fuerte dentro de la Auditoria interna, se evalúan los tres estamentos, el tamaño muestral fue él adecuado a la población con un nivel de confianza de 95% los resultados se transmitieron mediante reunión al equipo Los resultados fueron buenos para los tres estamentos

- Análisis de la formación continuada en cuanto a lo que se refiere a las sesiones clínicas, el número de las mismas, programación según las necesidades, asistencia y su evaluación a cargo del responsable de docencia Yolanda Sanchez Se cumplió el objetivo de realizar 4 sesiones clínicas por mes,y la evaluación por parte de los profesionales fue satisfactoria

- Entre los objetivos propuestos se encuentra también: aumentar la satisfacción de los pacientes llevando a término sus propuestas de mejora, siendo Indicador la Constitución del Consejo de Salud, llevándose a cabo la primera reunión del mismo en nuestro centro de salud el 28/09/2016.

- Otro objetivo que se ha desarrollado es la realización de proyectos asistenciales con un impacto positivo en la salud y/o la calidad de vida de las personas, para ello se realizó el día del Ictus 27 Octubre 2017,una actividad Comunitaria en La Plaza San Francisco con la instalación de una carpa de Información para la población. También hay que comentar acerca del Taller de Sexualidad y anticoncepción para adolescentes realizado en el IES Corona de Aragón impartido por Marta Isac Adoración Burro y Flor Gonzalo muy bien valorado por los alumno 4,8/5

En otro orden de cosas y como aspectos fundamentales dentro del Sistema de Calidad se realizaron las siguientes actividades .

Aplicación de los procedimientos operativos disponibles en el sistema de calidad del SALUD en relación

- Mantenimiento de instalaciones y equipamiento,a cargo de los responsables Carmen Noguero y Mar Ayala realizando un registro de Listado de equipos de medida PR-07-01 SA (P)E REV B. Y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0666

1. TÍTULO

CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

- Planilla Actividades Mantenimiento y Verificación PO-07-2-Z2(P)E REV A
Aplicación de los procedimientos operativos disponibles en el sistema de Calidad del Salud en relación a;
Gestión de almacén y procedimientos de esterilización a cargo de Marta Rabadan Se habilitó un lugar para residuos y se remodeló el almacén Se ha implantado el registro del control de la Rotura de Stock PO-02-17-Z2 (P)E REVB
- Gestión de Cuarto de urgencias y botiquines Cristina Adán y Cristina Mariñosa aplicando también los procedimientos operativos disponibles en el sistema de calidad .
- Registro de Verificación Material y equipamiento Urgencias PO-07-6-Z2(P)E REV A
-Registro de Control de Caducidades de Fármacos y Material de Urgencias P=-07-9-Z2(P)E REV. A
Gestión de administración y mostrador María José Galindo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados han sido los deseados: Se ha conseguido la Certificación ISO para el Centro de salud Fernando el Católico.
Se realizó la Revisión por la Dirección en Abril 2017
La Auditoria Interna el 15 de septiembre de 2017
Auditoria Externa el 3de octubre de 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos muy satisfechos del trabajo realizado por todo el equipo, un trabajo que al principio nos pareció muy complicado de llevar a cabo, gracias a la colaboración de todos se he conseguido .Después de no pocas dificultades y momentos de falta de motivación se ha logrado el objetivo Y estamos seguros que va a repercutir muy positivamente en el funcionamiento del Centro de salud
Nuestro deseo es poder seguir trabajando cada año para poder mantener la Acreditación
Creemos que el principal aprendizaje obtenido es que la necesidad de motivar al equipo para conseguir objetivos comunes es algo imprescindible
La implantación del sistema de calidad ha supuesto una mejora importante en la organización del Cuarto de Urgencias y del Almacén, que debemos reseñar también

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/666 ===== ***

Nº de registro: 0666

Título
CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001. EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Autores:
ARA MARTIN GEMA, GOMEZ PELIGROS ANTONIO, MARIÑOSA VELA CRISTINA, ADAN BEGUE CRISTINA, NOGUERO FERNANDEZ CARMEN, GUTIERREZ BLASCO JAVIER, GALINDO LEDESMA MARIA JOSE, SANZ BERITENS ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de obtener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP del C de Salud Fernando el Católico del sector Zaragoza II desea conseguir la certificación según norma ISO 9001 desde el año 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0666

1. TÍTULO

CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Nuestro plantenamiento es:Obtener la Certificación ISO 9001

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener la certificación ISO 9001 para el EAP

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad para la mejora continua.

Para conseguir la certificación ISO en el EAP se van a realizar actividades de acuerdo con la norma de calidad Entre ellas podemos destacar

- Analizar los indicadores del acuerdo de gestión incluidos en los objetivos, identificando los problemas por los que no se han conseguido buenos resultados
- Analizar las incidencias y no conformidades así como la reclamaciones y la encuesta de satisfacción del usuario, intentando alcanzar respuestas y soluciones para mejorar el funcionamiento del Centro de Salud. Estos dos apartados bajo la supervisión del coordinador de calidad Gema Ara y del coordinador del centro de salud Antonio Gómez Peligros
- Análisis de la formación continuada en cuanto a lo que se refiere a las sesiones clínicas, el número de las mismas, programación según las necesidades, asistencia y su evaluación a cargo del responsable de docencia María Teresa Anaya
- Mantenimiento de instalaciones y equipamiento, gestión de residuos a cargo de los responsables Carmen Nogueru y Javier Gutierrez
- Gestión de almacén y procedimientos de esterilización a cargo de Araceli Sánchez
- Gestión de Cuarto de urgencias y botiquines Cristina Adán y Cristina Mariñosa
- Gestión de administración y mostrador María José Galindo

INDICADORES

Se realizará un seguimiento de los indicadores del acuerdo de Gestión incluidos en los objetivos que se obtienen a partir de los cortes de la dirección Entre ellos podemos destacar La cobertura de pacientes fumadores con intervención sobre tabaquismo, Los pacientes diabéticos a los que se les realizó HbA1c en los últimos seis meses. etc Los indicadores que no tengan buenos resultados se intentará insistir en la mejora mediante sesiones clínicas con el equipo analizando porque no se han llegado a cumplir

Entre los objetivos propuestos se encuentra también: aumentar la satisfacción de los pacientes llevando a término sus propuestas de mejora, siendo Indicador la Constitución del Consejo de Salud, llevándose a cabo la primera reunión del mismo en nuestro centro de salud el 28/09/2016.

Otro objetivo a desarrollar es la realización de proyectos asistenciales con un impacto positivo en la salud y/o la calidad de vida de las personas, para ello se ha propuesto la realización de Un Cortometraje sobre el Ictus, del cual se ha realizado ya la grabación musical y se ha contactado con la Escuela Municipal de Teatro para comenzar la grabación

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: abril 2017

Revisión por la Dirección: mayo 2017

Auditoria Externa: junio 2017

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

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

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio Marzo-diciembre 2016

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Cada cuatrimestre según cortes

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1270

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA EUGENIA ISAC ARRONDO
· Profesión MATRONA
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURRO DAL ADORACION
GONZALO LOZANO MARIA FLORENCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar hay que explicar que este proyecto se viene realizando desde hace cuatro cursos escolares, a raíz de la demanda de un Instituto de Educación Secundaria de la zona, por lo que el cronograma de actividades de esta memoria ya es el resultado de las modificaciones que se percibieron como necesarias en años anteriores. No ha habido discrepancias con lo programado.

Se ha coordinado entre los profesionales del Centro de Salud que aparecen en esta memoria y un profesor del IES (departamento de Biología) que sirve de enlace tanto con los tutores de los respectivos grupos como con el equipo directivo de dicho centro educativo.

El proceso comenzó en Marzo con reuniones del equipo de trabajo del Centro con el fin de modificar la encuesta previa sobre centros de interés y conocimientos que se pasaría a los alumnos. Se hizo en base a que en la evaluación del año anterior se valoró que alguna de las preguntas de dicha encuesta resultaban un tanto vagas o confusas. Una vez modificada se hizo llegar al profesor enlace de la actividad.

Paralelamente, en el IES se utilizan tutorías para abordar temas sobre sexualidad. Pasan las encuestas a los alumnos. Los resultados de dichas encuestas son devueltos al equipo de trabajo del Centro de Salud en Abril. Se fijan las fechas de las sesiones de acuerdo a la conveniencia de todas las partes en la tercera semana de Mayo. Con los datos de las encuestas aportadas se retoca y actualiza la presentación que se utilizará al principio de la actividad, aportando el feed-back personalizado a cada grupo. Se informa del contenido de dicha presentación al profesor que sirve de enlace.

El taller se estructura en sesiones de dos horas, que se repiten en dos días consecutivos para abarcar a la totalidad del alumnado de 3º de la ESO de dicho Instituto. Se realiza en horario lectivo y en las instalaciones del propio Centro de Salud.

Los alumnos llegan al centro acompañados de personal docente (generalmente el tutor del grupo correspondiente) pero no está presente en la actividad, con el fin de facilitar la comunicación y no coartar al alumnado. Son recibidos a la entrada del centro por uno de los componentes del equipo que realiza la actividad, que les da la bienvenida y les indica la sala donde deben dirigirse. En dicha sala otro miembro del equipo los recibe, saluda e indica cómo acomodarse. El tercer miembro del grupo de trabajo acomoda al profesorado, ya que esperará hasta que termine el taller.

A pesar de que se prefiere trabajar con la unidad escolar (clase) como grupo natural, este año uno de los grupos estaba compuesto por alumnado de dos clases diferentes. El reparto tuvo que tener en cuenta el aforo máximo (25 personas) de la sala.

Recursos empleados:

En cada taller se utiliza material audiovisual: Se proyecta el conocido corto sobre sexualidad y afectividad "En el aire", elaborado por adolescentes de su misma edad y que marca el tono y lenguaje de lo que será el taller. A continuación una presentación realizada ad-hoc con la retroalimentación sobre conocimientos previos sobre anticoncepción, sexualidad, forma de uso de anticonceptivos y expectativas en torno al taller, así como imágenes que sirven de apoyo a los contenidos más teóricos.

Se intercalan demostraciones y prácticas. Disponemos de material didáctico (tanto comercial como de elaboración propia): maquetas anatómicas (masculina y femenina), preservativos masculinos y femeninos, disponibles en diferentes materiales, así como DIUs, anillos vaginales, píldoras, implantes y parches.

La documentación necesaria: encuesta pre y post actividad y la hoja informativa que se entregará al alumnado al final del taller. Toda la documentación es de elaboración propia. En el caso de las encuestas, consensuada con el equipo docente ya en años anteriores.

En la sala sólo es preciso ordenador, cañón de proyección y conexión a internet.

Como recursos humanos:

- Matrona, Trabajadora Social y una Enfermera por parte del Equipo de Atención Primaria.
- Profesores del IES: los tutores de cada grupo y el que ejerce de enlace.

Contenidos:

Conceptos generales sobre sexualidad
Masturbación, mitos y leyendas
Anticoncepción en el contexto de la sexualidad
Sexo seguro. Anticonceptivo seguro vs eficaz
Preservativos
Anticoncepción hormonal oral
La "píldora del día después". La "marcha atrás"
Legislación aplicable
Secreto profesional. Consentimiento implícito
Papel de los diferentes profesionales del centro de salud
Acceso a información adicional y recursos
Metodología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1270

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

Sesión teórico- práctica seguida de debate. Duración total de dos horas. Tras el taller se realizan las encuesta de evaluación de la actividad y de conocimientos (de nuevo se aprovechan las horas de tutoría del Instituto). El profesorado las analiza primero y posteriormente nos hace llegar el material integro al centro de salud en Junio. En el momento de la entrega se realiza ya una primera valoración conjunta de la actividad con el profesor de enlace, que transmite las impresiones de los docentes. Dos días después se realiza otra reunión evaluativa ya solamente con los miembros del equipo de trabajo que pertenecen al Centro de Salud para analizar las respuestas del alumnado y proponer posibles cambios en las actividades de próximos cursos. Se elabora DAFO de la actividad. Se comunican los resultados al EAP en reunión ordinaria de equipo (Septiembre). No se incide exhaustivamente en la metodología y contenidos de la actividad, dado que ya se ha presentado en otras ocasiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En total han participado 44 alumnos procedentes de tres clases. Sus edades varían entre los 14 y los 18 años. Se han recogido la totalidad de las encuestas previas, pero han faltado 4 de las posteriores. En general llama la atención lo altamente positivo de los comentarios, con muchas aportaciones en las preguntas más abiertas. Sugieren adelantar un año esta actividad (tema a considerar para futuras ediciones) Se han cumplido los objetivos que nos marcamos en todos los indicadores, tanto en alumnado satisfecho con la actividad (93%, frente al 80% esperado), como en el aumento en el nivel de conocimientos (mismo resultado). En cuanto al indicador que se eligió para evaluar la participación (% de alumnos que plantean preguntas en el debate) también se superó el objetivo marcado (36% frente al 30% fijado) Se ha tenido en cuenta también los comentarios de los docentes sobre la repercusión que aprecian en su alumnado, su impresión personal e incluso comentarios de los alumnos "fuera de encuestas".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como primera conclusión: merece la pena. Valorada como muy positiva por alumnos, profesorado y el personal implicado en el grupo de trabajo. Satisfactorio a nivel profesional y motivador. Dicho esto: A la vista de los resultados (muy altos) quizá podrían seleccionarse otros indicadores en la evaluación que nos aporten información que nos ayuden a mejorar. Queda pendiente el debate con la comunidad educativa sobre la posibilidad de adelantar o no la actividad a una edad más temprana, tal y como sugieren muchos de los participantes.

7. OBSERVACIONES.

Tras los talleres de este año se nos comunicó que el profesor que servía de enlace dejaba el centro y que también cambiaba el equipo directivo. Estos hechos pusieron en evidencia una de las debilidades del proyecto ya apuntadas en el DAFO: lo vulnerable que podría ser si no se integra la actividad en el proyecto habitual del IES. Se vió muy necesario el contactar con el nuevo equipo docente y se pensó que unas buenas fechas para ello podrían ser en torno a noviembre. Al final se ha hecho en febrero de 2018, con excelentes resultados: implicación y gran motivación para continuar con esta actividad. Ya está fijada la fecha para la nueva reunión conjunta que marca el comienzo de un nuevo ciclo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1270 ===== ***

Nº de registro: 1270

Título
TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

Autores:
ISAC ARREDONDO MARTA, BURRO DAL ADORACION, GONZALO LOZANO FLORENCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: actividades preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La salud sexual es deficitaria entre los adolescentes

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1270

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

0. General: Fomentar la responsabilidad y el autocuidado en las prácticas sexuales de los adolescentes que participan en la actividad

0 específicos:

1. Aportar conocimientos sobre anticoncepción y prevención de embarazos no deseados
 2. Reconocer los recursos sociosanitarios relativos al tema disponibles en la zona, así como el procedimiento de acceso
 3. Resolver las dudas planteadas por los participantes.
- § Aclarar falso mitos sobre la sexualidad

MÉTODO

Talleres sobre sexualidad en el instituto de nuestra zona de salud

INDICADORES

1. Porcentaje de alumnos satisfecho con actividad (Standard 80%)
2. Porcentaje de alumnos que han aumentado el nivel de conocimientos (Standard 80%)
3. Porcentaje de alumnos que participan en el debate (Standard 30%)

DURACIÓN

Duración: abril-septiembre
Encuesta: Abril
Adecuación actividad Abril
Actividades Mayo
Valoración resultados: junio
Exposición a EAP septiembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO GOMEZ PELIGROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIÑOSA VELA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reunión con la Asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar.
2. Diseño y preparación del material a utilizar.
3. Solicitud al Ayuntamiento de Zaragoza de autorización para instalar la carpa en la plaza de S. Francisco.
4. Contactar con medios de comunicación (prensa, radio, tv) para la difusión de la actividad.
5. Invitación a las autoridades sanitarias a participar en este evento.
6. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y del consejo de salud de zona, participando en la actividad el día del ictus
7. Colaboración del neurólogo del HCU Lozano Blesa Dr Tejero, realizando aproximadamente 50 Ecodoppler carótideos a las personas que así lo solicitaban
8. Se dieron consejos sobre alimentación, deshabituación tabáquica y modo de vida saludable.
9. Toma de TA, cooximetrías, medición de talla y peso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Realización de las actividades programadas
2. Información y difusión a través de los medios de comunicación de dichas actividades.
3. Transmisión de información a la población de los factores de riesgo y signos de alarma, para poner en marcha el código Ictus. Aproximadamente 400 personas participaron de forma activa en el evento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se siente satisfecho del trabajo realizado con la comunidad, ya que sirve de motivación la respuesta positiva de la población ante estas actividades, implicándose activamente con los profesionales y aprendiendo unos de otros.
Esta práctica se realiza por cuarto año consecutivo incorporando en cada edición nuevas ideas y sugerencias que mejoran los resultados y debería tener una continuidad ya que fomenta la participación de la población.

7. OBSERVACIONES.

Desafortunadamente la continuidad de esta actividad está comprometida por la falta de espacio para su ubicación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1609 ===== ***

Nº de registro: 1609

Título
PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Autores:
ARA MARTIN GEMA, GOMEZ PELIGROS ANTONIO, SALGADO DERQUI MARISA, SANCHEZ MARTIN YOLANDA, NOGUERO FERNANDEZ CARMEN, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, VILELLA LLOP LUCIA, RODRIGUEZ NOGUE MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

PROBLEMA

Las guías de practica clínica, las de las sociedades europeas y las del ministerio de sanidad, encuentran como situación deficitaria el desconocimiento de los síntomas del ictus y recomiendan como actividades prioritarias la información a la población

RESULTADOS ESPERADOS

Informar a la población de los síntomas de alarma del ictus y de la importancia del control de los FRCV

MÉTODO

1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP.
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco.
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (

INDICADORES

1. Realización de actividades programadas
2. Información por partte de los medios de comunicación de las actividades realizas
3. Transmisión de información de los factores de riesgo y signos de alarma del ictus a la población, al menos 500 personas de manera personal

DURACIÓN

1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP. (julio 2017)
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar ((julio 2017)
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar (julio-agosto 2017)
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco. (julio 2017)
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad (Octubre 2017)
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad (octubre 2017)
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (octubre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO GOMEZ PELIGROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA MARTIN GEMA
SALGADO DERTI MARISA
SANCHEZ TORRES YOLANDA
NOGUERO FERNANDEZ CARMEN
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
RODRIGUEZ NOGUE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las guías de practica clínica, las de las sociedades europeas y las del ministerio de sanidad, encuentran como situación deficitaria el desconocimiento de los síntomas del ictus y recomiendan como actividades prioritarias la información a la población de los síntomas de alarma del ictus y de la importancia del control de los FRCV

Las actividades que se han realizado para llevar a cabo este proyecto han sido las siguientes:

Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP. (julio 2017)
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar ((julio 2017)
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar (julio-agosto 2017)
4. Solicitar autorización al Ayuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco. (julio 2017)
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad (Octubre 2017)
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad (octubre 2017)
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (octubre 2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizaron las Actividades Programadas según el calendario previsto .En la carpa se informó a la gente que se acercaba acerca de los FRCV que tienen que ver con el Ictus, los signos de alarma que hay que tener en cuenta para poner en marcha el código ictus, Se realizaron Doppler carotídeos (acudieron neurólogos de tensiones, Peso y Talla Coximetrías, Se dieron consejos de Alimentación y estilos de vida
Se informó por parte de los medios de comunicación de las actividades realizadas
Se consiguió que acudiera el consejero de sanidad del gobierno De Aragón

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se siente satisfecho del trabajo realizado con la comunidad, ya que sirve de motivación el ver la respuesta que la población da ante estas actividades, implicándose activamente con los profesionales y aprendiendo unos de otros .
Esta actividad es la tercera vez que se realiza en el Centro y nos parece que es algo que debe de continuar y mejorar con nuevas ideas y sugerencias tanto del equipo como de la población

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1609 ===== ***

Nº de registro: 1609

Título
PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Autores:
ARA MARTIN GEMA, GOMEZ PELIGROS ANTONIO, SALGADO DERQUI MARISA, SANCHEZ MARTIN YOLANDA, NOGUERO FERNANDEZ CARMEN, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, VILELLA LLOP LUCIA, RODRIGUEZ NOGUE MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las guías de practica clínica, las de las sociedades europeas y las del ministerio de sanidad, encuentran como situación deficitaria el desconocimiento de los síntomas del ictus y recomiendan como actividades prioritarias la información a la población

RESULTADOS ESPERADOS

Informar a la población de los sintomas de alarma del ictus y de la importancia del control de los FRCV

MÉTODO

1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP.
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco.
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (

INDICADORES

1. Realización de actividades programadas
2. Información por partte de los medios de comunicación de las actividades realizas
3. Transmisión de información de los factores de riesgo y signos de alarma del ictus a la población, al menos 500 personas de manera personal

DURACIÓN

1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP. (julio 2017)
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar ((julio 2017)
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar (julio-agosto 2017)
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco. (julio 2017)
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad (Octubre 2017)
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad (octubre 2017)
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (octubre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0332

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DEL ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION EN EL CS DE FUENTES DE EBRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARGARITA MARTINEZ MARTINEZ
· 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.
MAHULEA LILIANA
LOU ARNAL TERESA
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
LOPEZ AYLON ROSA
DOMINGUEZ ESCARTIN ANA
SABATER PARALLUELO CONCEPCION
CARVAJAL HERRANZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DURANTE EL AÑO 2017 POR CIRCUNSTANCIAS AJENAS AL EQUIPO, SE GENERA UNA DESMOTIVACIÓN Y PÉRDIDA DE INTERES QUE NO PERMITE LLEVAR A CABO EL COMPROMISO CON EL PROYECTO.
EN FEBRERO 2018 CON MEJOR INICIATIVA Y PREDISPOSICIÓN SOLICITAMOS A TRAVES DE ANA ESCARTIN A DIRECCIÓN DE PRIMARIA EL PROCEDIMIENTO ISSO 9001 DE FARMACIA Y DE ESTERILIZACIÓN.
ACTUALIZACIÓN DE LA A FORMACION, OFRECIDA MEDIANTE CURSOS DEL SECTOR, EN ESTERILIZACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA MISMA RAQUEL CARVAJAL.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE CREA UNA HOJA DE LISTADO DE INCIDENCIAS, DE LA SE RESPONSABILIZARÁ RAQUEL CARVAJAL, EN LA SE ANOTARÁ LA INCIDENCIA, LA FECHA, LA PERSONA DECLARANTE, Y LA SOLUCIÓN EFECTUADA SI HA SIDO POSIBLE.
DE ESTA HOJA PODREMOS VALORAR EL Nº DE INCIDENCIAS POR MES Y EL PORCENTAJE DE LAS MISMAS NO SOLUCIONADAS.
CON ELLO CONTROLAREMOS MEJOR EL STOCK DEL ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS.
SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN SEGUN NORMA ISSO 9001

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DURANTE ESTE AÑO INTENTAR QUE TODO EL EQUIPO AUN CON FALTA DE TIEMPO Y CON LA PRESION AISTENCIAL, COLABORE EN EL CONTROL DE LAS INCIDENCIAS QUE NOS REPORTARÁ LA INFORMACION NECESARIA PARA CONTROLAR MEJOR EL STOCK DEL CENTRO Y EVITAR LAS ROTURAS DEL MISMO .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/332 ===== ***

Nº de registro: 0332

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL CS FUENTES DE EBRO

Autores:
MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA, MAHULEA MAHULEA LILIANA, LOU ARNAL TERESA, SUMELZO LISO ANA CRISTINA, LOPEZ AYLON ROSA, DOMINGUEZ ESCARTIN ANA, SABATER PARALLUELO CONCEPCION, CARVAJAL HERRANZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: mejora en el procedimeinto de gestion recusos de almacen y material de urgencias
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0332

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DEL ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION EN EL CS DE FUENTES DE EBRO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Raquel Carvajal Herrán aux. clínica, Urgencias: Ana Cristina Sumelzo Liso Médico
Esterilización: Raquel Carvajal Herrán aux. clínica

INDICADORES

Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- N° de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

Distribución de proyectos; Enero-17
Nombramiento de responsables; Enero-17
Puesta en marcha procedimiento; Febrero-17
Formación; Primer semestre -17
Seguimiento de actividad, controles trimestrales; Abril, Junio, Septiembre, Diciembre-17
Indicadores y conclusiones finales: Diciembre-17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0630

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES CON MEDICACIONE INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE LILIANA MAHULEA
· 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 BARCELONA LUIS MARIANO
VENTURA SCIAME JOSE ANTONIO
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
LOPEZ AYLON ROSA
LOU ARNAL TERESA
MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1. Se han realizado los maletines de Urgencias - Respiratorio, Cardiológico y Traumatología.
5.2. Se ha realizado el cuaderno de registro de los maletines (utilización de material y solución de incidencias).
5.3. Se han realizado tres reuniones presenciales del equipo de Calidad para acordar el contenido de los maletines y concretar las situaciones que implican la utilización de los mismos.
5.4. Se han presentado a los equipos de guardia los maletines, con utilización optima por parte de la mayoría de los compañeros.
5.5. Se ha hablado con un arquitecto sobre la posibilidad de aumentar la sala de Urgencias, quedando más espacio para desarrollar el trabajo. El mobiliario queda pendiente de los cambios arquitectónicos que se van a hacer. De momento, hemos solicitado una camilla nueva, más fácil de manejar, y hemos vuelto a solicitar un desfibrilador para el maletín de Circulatorio.
5.6. En el tema de Formación continuada, se han realizado sesiones clínicas dirigidas a Urgencias, dentro de la planificación disponible, con los siguientes temas:
"Atención a dos IAM en AP. Código infarto",
"EPOC. Clasificación y dispositivos de inhalación",
"Código ictus",
"Urgencias en Cardiología. Reanimación cardio-pulmonar",
"Uso de fármacos vía subcutánea en cuidados paliativos".
También se ha realizado por parte de todos los miembros del Equipo el Curso de SVB del Portal del empleado (código Z2-0800/2017), con el objetivo de promover la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes propios del soporte vital básico instrumentalizado en el adulto y uso correcto de desfibriladores automáticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1. El primer resultado alcanzado es la realización de los maletines. Han llegado al Centro de Salud dos de los tres solicitados, pero hemos solucionado el problema improvisando con otro maletín que conseguimos.
6.2. El segundo resultado es la realización del cuaderno de registro. A partir del mes de marzo de año 2018 se comenzará a registrar.
6.3. Se han dado las sesiones clínicas programadas. Este año seguiremos con las actualizaciones en temas de Urgencias.
6.4. Se ha visto una disminución de la demora en la atención a urgencia y mayor confort a la hora de trabajar manifestado por los compañeros que realizan guardias. Queda pendiente definir métodos objetivos para medir el grado de satisfacción de los trabajadores y de los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante éste año tenemos la intención de seguir trabajando en la línea iniciada, programar más reuniones de Equipo o aprovechar las existentes para comunicar los cambios e implementarlos.
Daremos especial énfasis en la modificación del cuarto de Urgencias (ampliar superficie, cambiar el mobiliario). Seguiremos con las sesiones clínicas, dentro del Organigrama de Sesiones del centro.
Consideramos que éste proyecto nos ha motivado para reunirnos, ponernos de acuerdo, empezar a mejorar la organización de la atención a la Urgencia en nuestro Centro de Salud, aumentando de ésta manera la satisfacción general de los compañeros y estimulando las ganas de seguir mejorando.

El proyecto se puede extrapolar a todos los Centros de Salud con Atención Continuada, ya que mejora los tiempos de respuesta a las urgencias que pueden surgir tanto dentro como fuera del Centro y, como consecuencia, la comodidad y seguridad de los compañeros a la hora de trabajar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/630 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0630

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES CON MEDICACION E INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

Nº de registro: 0630

Título
OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE; LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES CON MEDICACION E INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

Autores:
MAHULEA MAHULEA LILIANA, DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO, VENTURA SCIAME JOSE ANTONIO, SUMELZO LISO ANA CRISTINA, LOPEZ AYLON ROSA, LOU ARNAL TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: atencion a la urgencia
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El procedimiento de atención a la urgencia del centro requiere contar con una actualización continua de los profesionales en las técnicas diagnóstico- terapéuticas, así como con una infraestructura de espacio y distribución de la sala que se adapte a las necesidades del acto médico-paciente, gestión y control del material e instrumental del botiquín y carro de paradas. La atención a la urgencia fuera del centro, requiere además, de la organización y distribución del material y medicación en maletines, registro y control de caducidades, reposición de medicación e instrumental. Todo ello permitirá optimizar los recursos, garantizar mayor seguridad al profesional y mejor atención al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundará en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de las necesidades reales de la unidad, evitando falta de recursos necesarios.
La gestión y control del material y medicación para la atención a la urgencia tanto dentro como fuera del centro generará en una mayor satisfacción del profesional y del paciente.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Poner en conocimiento del personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 sobre Gestión de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletines de urgencias. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros para su control: control de caducidades y de reposición. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Carro paradas, botiquín: Rosa López Aylón (Médico EAP)
Maletines de Urgencias: Rosa López Aylón (Médico EAP)

INDICADORES

Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
-% de incidencias no solucionadas o demoradas
-% de miembros del equipo con formación
-Nº de derivaciones hospitalarias/nº total de pacientes atendidos

DURACIÓN

Nombramiento del responsable ; Enero-17
Puesta en marcha del procedimiento Febrero-17
Formación; trimestral
Seguimiento de la actividad ; controles mensuales
Evaluación indicadores y conclusiones: Dic-17

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0630

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES CON MEDICACIONE INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0071

1. TÍTULO

USO ADECUADO DE INHALADORES EN EL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· 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.

FERRER CASAUS ALBERTO
CILLERUELO ENCISO SILVIA
COLMENERO ARTIGA BEATRIZ
VELASCO ALVAREZ DARCLE
ESTEBAN VIDAL CONCEPCION
MARTINEZ IBAÑEZ ANA
GARCIA BLAS ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se decide poner en marcha una Consulta monográfica mejorar la técnica de uso de los inhaladores a todo paciente que los use (EPOC, asma u otra patología respiratoria que los requiera)

Formación del grupo de profesionales (5 DUEs, 1 administrativa, 2 médicos) que se hará cargo de esta consulta.
Obtención (desde el servicio de Farmacia de Atención Primaria) de un listado de pacientes que usen inhaladores.
Obtención de un listado de pacientes con diagnóstico de EPOC en OMI.
Diseño y creación de agendas específicas, tanto de enfermería como de medicina, con contenido específico y común para cada una.
Diseño de las fichas de recogida de datos, de trípticos informativos para los pacientes, del cartel de captación de pacientes ...
Equipamiento de la consulta con el material necesario
Solicitud de una hoja de cálculo tipo Excel (de fácil uso), así como un paquete estadístico para poder registrar e interpretar los datos.
Reunión con el EAP para informar de la puesta en marcha de la misma y la forma de derivación a ésta:
imprescindible que el paciente tenga abierto el episodio de EPOC en OMI (índice FEV1/FVC postbroncodilatación: < 70% en la espirometría)
Reuniones recordativas del funcionamiento de esta consulta y problemas detectados conforme avanza funcionamiento de esta consulta.

Cronograma:

Formación del grupo de profesionales: junio 2017
Obtención de un listado de pacientes (sólo con su AR) que usen inhaladores: julio 2017
Confección de un listado nominal según dicho código AR: agosto-septiembre 2017. DUEs
Obtención de un listado de pacientes con diagnóstico de EPOC en OMI. agosto 2017. Administrativa.
Cruce de dicho listado con el de diagnóstico EPOC. Septiembre 2017. DUEs
Diseño y creación de agendas específicas. Octubre 2017. Grupo de trabajo.
Diseño de las fichas de recogida de datos, de trípticos informativos para los pacientes, del cartel de captación de pacientes ... Septiembre-octubre 2017. Dra Navarro
Consulta Monográfica. Octubre 2017- actualidad. Todo el grupo de trabajo.
Valoración continuada de los problemas que se van detectando y solución de los mismos.

OBJETIVOS

Objetivos:

- 1) Aumentar la cobertura de EPOC en nuestro Centro de Salud.
- 2) Mejorar la técnica de uso de inhaladores en los pacientes.
- 3) Conseguir que la hoja de registro de todos los pasos de la técnica de uso de los inhaladores se integre en la historia clínica.
- 4) Hacer educación para la salud en estos pacientes (aconsejar la vacuna antigripal, la antineumocócica, el abandono del tabaco ...)
- 5) Conocer el estadio GOLD y el tratamiento de los pacientes EPOC estudiados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde la puesta en marcha de la consulta el 18 de octubre, se han valorado (al menos en una primera consulta) 32 pacientes: 50% hombres y 50% mujeres. Con una edad media de 72,68 años.
Con diagnóstico EPOC hay un 62,5% de pacientes y 15 % de asma bronquial.
En la primera visita efectúan correctamente la técnica únicamente el 34% de los pacientes y usan más de un dispositivo el 48% de los mismos.
Son fumadores el 22%.
Se han vacunado de la gripe en la última campaña el 80%.
A todos los pacientes EPOC se les ha recomendado la vacuna antineumocócica.
Entre los pacientes EPOC a los que se les ha valorado su estadio según la GOLD (40%), están en un estadio moderado, el 56% y en el severo el 33%.
De las 40 hojas de cuestionarios dedicadas a la captación de pacientes, no se han entregado en consulta ninguna

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0071

1. TÍTULO

USO ADECUADO DE INHALADORES EN EL PACIENTE EPOC

En el momento actual, la prevalencia del EPOC en nuestro Centro de Salud sigue sin modificarse (1,35 %)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

BASE DE DATOS NO ACTUALIZADA
FALTA DE MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES
DEFICIENTE REGISTRO DE DATOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS
NECESIDAD DE SISTEMAS DE REGISTRO, HOJA DE CALCULO Y PAQUETE ESTADÍSTICO.
NECESIDAD DE RECORDAR CONSTANTEMENTE AL EAP LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ESTA CONSULTA.
NECESIDAD DE UNA PERSONA AJENA AL GRUPO QUE HAGA EL ESTUDIO ESTADÍSTICO
NECESIDAD DE TIEMPO EXTRALABORAL PARA LAS ACTIVIDADES QUE NO PRECISAN TENER PRESENTE AL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

Parece existir una necesidad no sentida ni por los pacientes ni por los profesionales ni por la Administración, acerca del correcto uso de los inhaladores:
Los pacientes y los profesionales creen que sí los usan bien.
La Administración no integra sistemas de registro en la historia informatizada del paciente a pesar de ser imprescindibles.
Todo ello representa mucha carga, con el consiguiente desgaste en los profesionales, que sí las ven como necesidades sentidas y obligatorias para el correcto manejo de las enfermedades respiratorias así como para conseguir el éxito del tratamiento y por ende de la evolución de las mismas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/71 ===== ***

Nº de registro: 0071

Título
EDUCACION EN EL USO ADECUADO DE INHALADORES EN LOS PACIENTES EPOC

Autores:
NAVARRO AZNAREZ GLORIA, PEREZ PRIMICIA MARTA, ESTEBAN VIDAL CONCEPCION, COLMENERO ARTIGA BEATRIZ, VELASCO ALVAREZ DARCLE, QUILLES AMIGOT DOLORES, GARCIA BLAS ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....: FORMACION A PACIENTES Y PROFESIONALES

PROBLEMA

La EPOC tiene una elevada prevalencia siendo la 4ª causa más común de enfermedad y la única que está en aumento, sin embargo, sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada.
Genera una gran carga de morbi-mortalidad precisando numerosos recursos sanitarios para su atención.
Los fármacos por vía inhalatoria constituyen la base del tratamiento por lo que resulta imprescindible un adecuado manejo de dicha técnica por parte de los pacientes así como del personal sanitario que debe instruirles.
Existen estudios que demuestran que los broncodilatadores inhalados no se usan correctamente lo que provoca una mala adherencia y por tanto, mala respuesta al tratamiento.
Sin educación y supervisión periódica de la técnica inhalatoria, el fracaso terapéutico está asegurado.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Conocer la calidad de la técnica de uso de los inhaladores.
2. Conocer la adherencia al tratamiento (cuestionario TAI).
3. Enseñar la correcta realización de la técnica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aumentar la cobertura de EPOC en nuestro Centro de Salud
2. Mejorar la formación en la correcta técnica de uso de inhaladores en los profesionales sanitarios
3. Realizar educación de la técnica a los pacientes, individual así como grupal
4. Determinar si el uso adecuado de broncodilatadores inhalados, genera cambios positivos, en los parámetros ventilatorios, en pacientes con EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0071

1. TÍTULO

USO ADECUADO DE INHALADORES EN EL PACIENTE EPOC

MÉTODO

1. Creación de un GRUPO DE MEJORA (una médico, 5 enfermeras y una administrativo)
2. Reuniones con los PROFESIONALES (una sesión de formación antes del inicio del Proyecto y posteriores de seguimiento)
3. Realización de encuestas a los profesionales
4. Obtener el listado de pacientes EPOC (OMI) y la muestra a estudio
5. Determinar los CRITERIOS DE INCLUSIÓN y EXCLUSIÓN en el proyecto (en especial, el diagnóstico correcto por espirometría: índice FVC/FEV1 post PBD < 70%)
6. Valoración de la mejor captación de los pacientes (consulta programada/demanda)
7. Elaborar una ficha de recogida de datos
8. Elaborar las encuestas a pasar a los pacientes sobre conocimientos de la técnica de inhalación: PRE y POST CURSO DE EDUCACIÓN
9. Realizar SESIONES de educación sanitaria a los pacientes: individuales y grupales
10. Conseguir todos los dispositivos placebo del mercado posibles para las sesiones prácticas.

INDICADORES

Educación a los pacientes EPOC en terapia inhalatoria, tanto en consulta a demanda o programada de medicina y/o enfermería, como en reuniones grupales. INDICADORES:

1. Antes de la educación, observación en la consulta, de la técnica de uso del dispositivo individualmente valorándola en la ficha diseñada: número de errores.
2. Observación en la consulta, de la técnica inhalatoria tras la educación (individual y grupal): número de errores.

Aumentar la motivación de los profesionales mediante reuniones de formación sobre la correcta utilización de los inhaladores, reuniones formativas con talleres prácticos. Indicadores:

1. Antes de la educación, encuesta sobre el uso de los inhaladores (técnica, características de los diferentes dispositivos, modelos...): número de errores.
2. Al final del proyecto, realización de la misma encuesta: número de errores.
3. Aumentar la prevalencia de la EPOC en nuestro C. de Salud: pacientes con diagnóstico EPOC/población de 40-80 años.

DURACIÓN

Fecha de inicio: 6/4/16. Fecha de finalización: 31/12/16

Actividades:

Formación de los profesionales: Abril- Junio
Búsqueda de la población a estudio: Mayo
Diseño de folletos informativos: Mayo
Atención al paciente en consulta: Mayo-Noviembre
Talleres grupales: Junio-Septiembre-Noviembre
Conclusiones: Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1289

1. TÍTULO

REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR PRIMERA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE VICENTE COMPAIRED ARAGÜES
· 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.

ESTEBAN CLAVERO MARIA JESUS
OCHOA ORTEGA MARIA PAZ
GIL LERA ANA CARMEN
GIL MACIPE MARIA JOSE
CLAVERO PEREZ ANA
SANCHO RAIMUNDO SHEILA
ENGUITA ROY ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A los pacientes que han acudido por primera vez al centro de salud, o bien que estando adscritos al centro de salud no tenían ningún registro en la historia clínica, se les han registrado los siguientes datos básicos:

- Antecedentes personales/familiares
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas)
- Exploración básica: TA, talla, peso, frecuencia cardiaca y perímetro de cintura.

Cumplimiento del calendario marcado:

El proyecto se presentó al equipo el 23 de marzo de 2017.

Se aprobó el proyecto en Reunión de equipo el día 20 de abril de 2017, y se elaboró el manual informatizado con el equipo de admisión.

En mayo se informó a los ciudadanos a través de un díptico donde se explicaba todo el proyecto con cronograma incluido, se puso en marcha el proyecto, y se comenzó a registrar a aquellos pacientes que no tenían registros en la historia clínica.

En junio se presentó al consejo de salud de zona.

En septiembre se diseñó y se realizó una primera evaluación del proyecto.

En enero de 2018 se realizó la evaluación final.

Recursos empleados:

Una vez realizada la adscripción, en la Unidad de Atención al Usuario se le ofrece citación en la consulta de la enfermera para recogida de los datos básicos. En el caso de que se haya solicitado cualquier tipo de atención sanitaria de forma simultánea, la Unidad de Atención al Usuario realiza la citación para la consulta médica correspondiente, de forma coordinada (15 minutos después de la de enfermería)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Registro de todos los pacientes por el Servicio de Admisión en tabla Excel al efecto.

De mayo a septiembre de 2017: 157 pacientes, de los cuales Nuevos 131, Adscritos 85. Hombres 72 y Mujeres 85.

De octubre a diciembre de 2017: 65 pacientes, de los cuales Nuevos 61, Adscritos 4. Hombres 23 y Mujeres 42.

TOTAL: De mayo a diciembre de 2017: 222 pacientes, de los cuales Nuevos 192, Adscritos 30. Hombres 95 y Mujeres 127

No hay standard marcado por no haber registros anteriores.

Datos extraídos de los archivos remitidos de la DAP del sector II (Técnico de salud) el 14/02/18:

ALTAS de otras CCAA desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017: 30

ALTAS de Aragón excepto sector II, desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017: 154

Pacientes adscritos al centro de salud que no se habían atendido nunca a fecha 30 de abril de 2017: 1610; desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017 han solicitado atención: 407

Total: 591

Desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017 se ha realizado el Servicio 304 (Planes Personales de OMI) a 222 pacientes.

Nº de pacientes registrados de mayo a diciembre de 2017, a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI) / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.

222 / 591 = 37%

Indicadores:

1.- Registro de pacientes nuevos captados desde Admisión, con nombre, edad, sexo y AR, que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca. Se excluyen pacientes ocasionales y desplazados.

2.- Nº de pacientes registrados de mayo a diciembre de 2017, a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI) / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1289

1. TÍTULO

REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR PRIMERA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS

Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al ser la primera vez ha habido dificultades de captación en el equipo, (admisión, medicina los adscritos que no derivan a enfermería, y enfermería que no los comunica a admisión) al no estar bien asimilado el proyecto, influyendo además vacaciones, sustituciones etc. El proyecto supone la captación precoz de los pacientes, con detección de problemas de salud, y actuaciones preventivas y de educación en salud. Creemos por ambas cuestiones que es necesario continuar con el proyecto para mejorar la captación, y establecerlo como un servicio más a realizar diariamente por el Equipo de Atención Primaria.

Para ello se propone un standard entre 50-55%, y se establecen nuevos indicadores para 2018:

- 1.- Registro de pacientes nuevos captados desde Admisión de mayo de 2017 a diciembre de 2018, con nombre, edad, sexo y AR, que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca. Se excluyen pacientes ocasionales y desplazados.
- 2.- Nº de pacientes registrados de mayo de 2017 a diciembre de 2018, a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI) / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.
- 3.- Nº de pacientes registrados de mayo de 2017 a diciembre de 2018 a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI), fumadores / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.
- 4.- Nº de pacientes registrados de mayo de 2017 a diciembre de 2018 a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI), con TA =>140/90 mmHg / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1289 ===== ***

Nº de registro: 1289

Título
REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES DE OMI) DE LOS PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR PRIMERA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)

Autores:
COMPAIRED ARAGÜES VICENTE, DIESTE FRANCA MARIA CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Detección de factores de riesgo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Detección de problemas de salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Registrar datos básicos de los pacientes que acuden por primera vez al centro de salud, o bien que estando adscritos al centro de salud no tienen ningún registro en historia clínica de atención primaria, tales como:

- Registrar antecedentes personales/familiares.
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas)
- Exploración básica: TA, talla, peso, frecuencia cardiaca y perímetro de cintura.

RESULTADOS ESPERADOS

Apertura de historia clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1289

1. TÍTULO

REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR PRIMERA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS

Detección de problemas de salud.
Captación precoz.
Actuaciones preventivas y de educación en salud.
Resolución de la demanda si la hubiera solicitado.

MÉTODO

Una vez realizada la adscripción, en la Unidad de Atención al Usuario se le ofrecerá citación en la consulta de la enfermera para:

- 1.- Registro del servicio 304 de Planes personales de OMI.
- 2.- En el caso de que se haya solicitado cualquier tipo de atención sanitaria de forma simultánea, la Unidad de Atención al Usuario realizará la citación para la consulta médica correspondiente, de forma coordinada (15 minutos después de la de enfermería).
- 3.- Los pacientes que acudan directamente al médico por primera vez (cita por internet etc.), una vez atendidos se citaran a consulta concertada de enfermería para Servicio 304 de planes personales, y posteriormente se comunicará al servicio de admisión para anotar en listado.

INDICADORES

- 1.- Pacientes por nombre, edad y sexo, AR, que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria, o que estando adscritos no se han atendido nunca.
Se excluyen pacientes ocasionales y desplazados.
- 2.- Total de pacientes que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria, o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados / total de pacientes > de 15 años.
- 3.- Registro de pacientes nuevos captados desde admisión.

DURACIÓN

- Presentación del proyecto: el 23 de marzo de 2017 al EAP.
- Aprobación: el día 20 de abril de 2017 en reunión de equipo específica.
- Información a los ciudadanos: mayo de 2017 (se ha realizado un díptico al efecto para entregar a los ciudadanos)
- Diseño del sistema de evaluación: septiembre de 2017.
- Reunión con equipo de Admisión y elaboración manual informatizado de procedimiento: en abril 2017.
- Registro de pacientes atendidos por primera vez por el servicio de Admisión: mayo 2017.
- Presentación proyecto al Consejo de salud: mayo 2017.
- PUESTA EN MARCHA: 2 de mayo de 2017.
- Evaluación de resultados: septiembre de 2017 y enero de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

Fecha de entrada: 08/03/2018

2. RESPONSABLE AMELIA TERESA PASCUAL GONZALO
· Profesión MATRONA
· Centro CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLANO MARIA JOSE
HERNANDEZ MORA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó 2 veces con las reuniones correspondientes. En la 1ª ocasión, no acudió ninguna persona. En la 2ª ocasión, se realizó mayor difusión, dando folletos, poniendo carteles, anotando a las personas en una lista. La asistencia fue mínima. Se pensó que el horario no era muy adecuado, al realizarse de 13'00 a 14'00 horas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Escasa participación. Es importante volver a reunirse y quizás cambiar horarios para facilitar la asistencia

Ha habido cambios en Enfermería y una persona se dió de baja.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo estaba bien elaborado. Se realizó una presentación Powerpoint. Quedan pendiente de elaborar folletos. los temas están bien elaborados y los demanda la población

7. OBSERVACIONES.
Para este nuevo año, se pretende contar con una persona más y realizarlo en otro horario

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1382 ===== ***

Nº de registro: 1382

Título
GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

Autores:
PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA, CASTELLANO BENDICHO MARIA JOSE, HERNANDEZ MORA AMPARO, DIESTE FRANCA MARIA CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención a la Comunidad
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres que tienen un niño lactante (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza responsable y feliz.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternas.

Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.

Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales

Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.

Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales.

MÉTODO

Las medidas previstas, son:

1. Presentación del proyecto al resto del equipo de Atención Primaria mediante una sesión clínica.
2. Distribución de los distintos temas a tratar en las sesiones de lactancia materna y crianza entre los componentes del grupo. El contenido de las sesiones lo prepara cada profesional con respecto a su tema.
3. Se ofrecerá a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona, Enfermería, ó derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.
4. Realización de una sesión mensual, el último lunes de cada mes en horario de 13:00 a 14:00 h., exceptuando los periodos vacacionales. Los grupos serán abiertos y las madres vendrán con lo con bebés (de 0 a 2 años). Se realizará en el Aula Maternal del Centro de Salud de "Puerta del Carmen"
5. Se facilitará una encuesta de satisfacción a las mujeres en cada taller.

El grupo está constituido por:

2 Pediatras (Maria Jose Castellano y Amparo Hernández)

1 Enfermera de Pediatría (Carolina Dieste)

1 Matrona (Amelia Pascual)

INDICADORES

Indicador 1: N° de sesiones impartidas a lo largo del año 2017 -2018

Indicador 2: Porcentaje de satisfacción de los asistentes a las sesiones, según los resultados de la encuestas

DURACIÓN

Fecha de inicio: Septiembre 2017

Fecha finalización: Septiembre 2018

Cronograma

Mayo
Junio
Julio
Agosto
septiembre
Octubre
noviembre
Diciembre
Presentación proyecto

x

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

Distribución temas

x

Preparación temas

x

Oferta madres

x

x

x

x

x

x

x

Realización sesiones

x

x

x

x

x

Evaluación semestral

x

Valoración final

Fecha de inicio: Septiembre 2017

Fecha finalización: Septiembre 2018

Cronograma

Mayo

Junio

Julio

Agosto

septiembre

Octubre

noviembre

Diciembre

Presentación proyecto

x

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

Distribución temas
x

Preparación temas
x

Oferta madres

x
x
x
x
x
x
x

Realización sesiones
x

x
x
x
x
Evaluación semestral

x

Valoración final

x

x

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0038

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA VICENTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO SALAVERA CLARA MARIA
CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA
APESTEGUI GARMENDIA ANE
PEREZ MURILLO ALBERTO
SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES
OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA
ARQUILLUE VARONA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En marzo de 2016 se presentó al EAP el proyecto de calidad, siguiendo el calendario marcado para ello y se facilitó una tabla de excel de recogida de datos a todo el EAP .
A cada paciente fumador captado para el estudio, se le realizaron las actividades prevista en el proyecto (encuesta de hábitos tóxicos) y al mismo tiempo, a pesar de que no estar previsto inicialmente, se realizo educación y seguimiento antitabáquico.
En noviembre de 2017 se finalizó la recogida de datos, incluyéndolos en la tabla excel para estudio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizó el estudio a 84 pacientes, 44 mujeres y 40 hombres con una edad media de 55.74 años, la media de consumo de tabaco diario era de 14 cigarrillos día y un tiempo medio del hábito tabáquico de 33.35 años.
Se han realizado un total de 90 sedimentos urinarios, encontrando 4 sedimentos patológicos en una primera determinación, confirmandose solamente en dos pacientes en determinaciones seriadas.
Se solicitaron ecografía, según protocolo a los pacientes con sedimento patológico y se han remitido a estos pacientes al servicio de urología. En ninguno de los casos se ha objetivado patología vesical tumoral

Indicadores

1- N° total fumadores captados /N° total de sedimentos solicitados x100:

84/84 x100= 100%

2- N° de sedimentos positivos/N° total de sedimentos solicitados x 100

4/84 x100= 4,76%

3-N° de ecografías solicitadas/N° de sedimentos positivos x 100

2/4 x100= 50%

4- N° de ecografías / N° de ecografías solicitadas x100

0/2 x100= 0%

5- N° de derivaciones a Urología/N° de ecografías positivas x 100

1/0x100= 0%

6- N° total de Tumor Vesicales/N° total de sedimentos solicitados x 100

0/ 84x100= 0%

7- N° de profesionales de Medicina de Familia y enfermería que han participado.

7/ 30 = 23%

8- N° pacientes satisfechos/N° de pacientes captados x100

84/84x100= 100%

9- N° de pacientes que han dejado de fumar durante el estudio :

3/84 x 100= 3,5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El presente proyecto, teniendo como finalidad la utilización del sedimento urinario (detección de microhematuria) como test de cribado de carcinoma vesical en pacientes fumadores seleccionados, no ha permitido diagnosticar a ningún paciente.

Si ante pacientes con factores de riesgo (hábito tabáquico) el estudio del paciente con sedimento alterado no aporta hallazgos patológicos, se podría llegar a la conclusión si el tamaño muestral fuese adecuado, de que ante ausencia de estos factores de riesgo, la microhematuria en el sedimento es un hallazgo intrascendente como reflejan otros estudios realizados

7. OBSERVACIONES.

Hoy en día la AP esta basada en un modelo casi exclusivamente asistencial, en el que las actividades preventivas se ven relegadas a un segundo plano, y quizá esto pueda justificar la escasa participación de la mayoría del EAP .
No hemos detectado ningún carcinoma vesical, consecuencia lógica del escaso número de pacientes recogidos para el estudio, pero como efecto beneficioso colateral hemos conseguido que el 3,5% de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0038

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION

los pacientes hayan abandonado su hábito tabáquico, lo que nos compensa el trabajo realizado .

*** ===== Resumen del proyecto 2016/38 ===== ***

Nº de registro: 0038

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION

Autores:
VICENTE ALDEA MARIA TERESA, PUEYO SALAVERA CLARA MARIA, CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA, APESTEGUI GARMENDIA ANE, PEREZ MURILO ALBERTO, SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES, OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA, ARQUILLUE VARONA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Deteccion precoz de Tm vesical en fumadores
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El carcinoma vesical es una patología de elevada incidencia en nuestro medio relacionada con el consumo de tabaco.
El diagnóstico precoz de los tumores es el principal mecanismo para mejorar la supervivencia.
La hematuria microscópica es el síntoma más frecuente, aunque no siempre es un síntoma precoz y fácilmente abordable en Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Diagnosticar precozmente la presencia de tumor vesical en pacientes de ambos sexos, mayores de 25 años, que sean o hayan sido fumadores de más de 10 años de evolución.
2. Detectar microhematuria (>3-5 hematíes) en el sedimento de orina a estos pacientes.
3. Solicitar ecografía urológica precozmente a todos los pacientes fumadores y con microhematuria positiva en tres determinaciones.
4. Derivar a Consultas de Urología, específicas de Tumor vesical a los pacientes con ecografía alterada.

MÉTODO
1.- Presentación al equipo M Teresa Vicente
2.- Diseñar tabla de recogida de datos Sofia Cubero
3.- Instalar en cada escritorio dicha tabla Ane Apestegui
4.- Realizar encuesta de hábitos tóxicos en todas consultas de Medicina y enfermería a todos los pacientes que pueden ser considerados población diana. Alberto Perez
5.-Incluir a cada paciente captado en la tabla de datos.
Todo el equipo
6.- Solicitar sedimento urinario, a cada uno de estos pacientes, para estudio de microhematuria
7.- En cada paciente con sedimento patológico (Considerando positivo: > 3-5 hematíes /c.) se realizara nuevo sedimento de control junto con urocultivo en cuatro semanas.
8.- Si se detecta cultivo patológico, salvo bacteriuria asintomática, se iniciara tratamiento adecuado y tras finalizar el mismo, repetimos cultivo y sedimento para valorar la normalidad de las pruebas.
9.- En el caso de un segundo sedimento positivo y cultivo negativo se solicitara un tercer sedimento al mes.
10.-Si el tercer sedimento es positivo, solicitaremos ecografía de vías urinarias y derivación posterior a la consulta de Urologia
11.- Recogida mensual de datos Ane Apestegui
12.-A cada paciente al terminar el estudio se le pasara una encuesta de satisfacción

INDICADORES
1- Nº total fumadores captados /Nº total de sedimentos solicitados x100
2- Nº de sedimentos positivos/Nº total de sedimentos solicitados x 100
3-Nº de ecografías solicitadas/Nº de sedimentos positivos x 100
4- Nº de ecografías / Nº de ecografías solicitadas x100
5- Nº de derivaciones a Urología/Nº de ecografías positivas x 100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0038

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION

- 6- N° total de Tumor Vesicales/N° total de sedimentos solicitados x 100
- 7- N° de profesionales de Medicina de Familia y enfermería que han participado.
- 8- N° pacientes satisfechos/N° de pacientes captados x100

DURACIÓN

Fecha de inicio: Febrero 2016 ;Fecha finalización: Diciembre 2016

Actividades E F M A M Y J JL AG S O N D

- 1.- Diseñar tabla de recogida de datos x
- 2.- Instalar en cada escritorio dicha tabla x x x x x x x
- 3.- Realizar encuesta de hábitos x x x x x x x x x x
- 4.-Incluir paciente captados en la tabla x x x x x x x x x x
- 5.- Solicitar sedimento urinario x x x x x x x x x x
- 6- Recogida mensual de datos x x x x x x x x x x
- 7.- Realizar encuesta de satisfaccion x x x x x

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```

-----
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

```

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0247

1. TÍTULO

DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE AGUSTIN ROMEO GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ MURILLO ALBERTO
GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES
BORAO GOMEZ JULITA
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE
MURO CULEBRAS MARIA
TOMELO MUÑOZ RUTH
GARGALLO GASCA NAIARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se comenzó el año con una agenda específica para MAPA en el OMI, en donde cualquiera (Médico, Enfermera, Administrativas) podían citar pacientes, la agenda permitía la citación de 2 pacientes los Lunes, para recogerlo el Martes, y 2 el Jueves para recogerlo el Viernes, bloqueando huecos en caso de que alguno de los 4 días fuese festivo.

El nuevo aparato dejó de funcionar en el mes de Abril y se mandó a reparar, no fue devuelto hasta el mes de Octubre, pero a día de hoy sigue sin funcionar, ya que no lo reconoce el ordenador, estando pendientes de que el Servicio de Informática venga al Centro para cargar de nuevo los programas y ver si funciona.

Por lo antes mencionado la Agenda se cambió para citar un paciente los Lunes y otro los Jueves, sin que cambiasen el resto de las circunstancias.

Se había realizado ya una presentación del Programa al Centro el 6 de Octubre del año 2016, por lo que no se realizó una nueva al no haber cambiado en nada el Programa.

Como estaba previsto desde el principio se realizan de cada MAPA 2 copias, una para entregarla al paciente con los resultados de la misma, para que pueda aportarla a otros especialistas que puedan visitarlo, y otra para que quede en la historia de papel del Centro.

A su vez se ha guardado una copia en "PDF" del resultado de la prueba en el ordenador donde se descargan los datos, en el caso del aparato nuevo en el ordenador del Despacho del Coordinador, y en el del antiguo en un portátil del Centro donde está cargado el Windows XP (ya que el programa solo funciona en esa plataforma). Así mismo se ha guardado una segunda copia en otro ordenador portátil que existe en el Centro, en la carpeta de documentos compartidos.

Actualmente se ha procedido a la recogida de los datos de los MAPAS realizados.

Una vez tabulados se enviará junto con esta evaluación a todo el personal del Centro de Salud, y se propondrá realizar una continuación de la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con respecto a la evaluación se plantearon los siguientes Indicadores:

1º SE EVALUARÁ EL % DE PACIENTES DETECTADOS COMO NO HIPERTENSOS RESPECTO AL NÚMERO TOTAL DE REALIZADOS

El total de MAPAS realizados a lo largo del año ha sido de 17 con el aparato nuevo y 24 con el aparato antiguo, con un total de 41. El total evaluado ha sido de 41.

Del total 15 (36%) la indicación era evaluar el control de la TA en tratamiento, de ellos estaban bien controlados 10, el 66%.

El resto 26 eran para confirmar HTA, de ellos 11 resultaron Hipertensos y 15 no, es decir un 57% resultaron no Hipertensos, y en consecuencia se libraron de tomar medicación que no precisaban.

2º SE EVALUARÁ EL % DE PRUEBAS REALIZADAS QUE TENGAN UN INFORME COMPLETO, CONSIDERÁNDOSE ACEPTABLE AL MENOS UN 80%.

Se ha conseguido que el 100% tengan un informe, debido fundamentalmente al hecho de que todos se han pasado a PDF, y se han impreso para darlo al paciente y dejarlo en la Historia.

3ª SE CONTROLARÁ EL NÚMERO DE PRUEBAS QUE SE HAN DESCARGADO EN LOS 2 ORDENADORES Y QUE DEBEN SER AL MENOS 80%.

Se han guardado los datos de todos los pacientes en ambos ordenadores previstos, precisamente por haberlos guardado en PDF ha sido fácil pasarlos a otro ordenador.

4º LOS DATOS SE OBTENDRÁN DE LOS INFORMES QUE GENERA EL PROGRAMA Y DE LA COMPARACIÓN DE LOS DATOS EN AMBOS ORDENADORES.

Dado que se han guardado en PDF los datos son iguales en los 2 ordenadores, para obtener los datos en particular del primer punto han sido necesarios acceder en algunas ocasiones a la historia del paciente, ya que no se planteó como se indicaría en la petición, y por otra parte los Programas exigen la introducción de una serie de datos que precisan el acceso a la historia clínica para implementarlos.

Así como al inicio del Programa se hicieron mas MAPAS para control de HTA que para despistaje de la misma, a lo largo de este año si que ha aumentado el porcentaje de pacientes en los que se ha hecho despistaje de HTA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0247

1. TÍTULO

DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2017

y también ha aumentado con respecto al año anterior el número de Hipertensos detectados. También en el grupo de las pacientes ya Hipertensos que se ha realizado la prueba para ver si estaban bien controlados ha aumentado el porcentaje de buen control con respecto al año anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se ha llegado a hacer tantos MAPAs como estaba previsto al estropearse el aparato nuevo a primeros de año, y no estar operativo el resto del año, aun así se han realizado casi el mismo número de MAPAs que el año pasado, solo 1 menos.

El uso va por cupos, ya que si bien esta abierto a todo el Centro la mayoría de las peticiones han sido de menos de la mitad de los cupos, por lo que habría que volver a realizar una sesión para recordar el interés de la prueba. Las previsiones fueron en principio muy optimistas, y la realización de 2 MAPAs los lunes y 2 los Jueves se vio que producía problemas, en primer lugar por la falta de uno de los aparatos que hizo imprescindible el disminuir la oferta, y el problema que existe cuando los pacientes no llegan a tiempo y se retrasa el comienzo de alguna consulta, para ello cuando el segundo aparato este operativo, se va a establecer que profesionales ponen y quitan cada uno de los aparatos, para evitar estos problemas, trasladando esta labor prioritariamente a los Residentes. El año pasado en el que el Programa estaba pensado para despistaje de HTA un número considerable de peticiones fueron para valorar el control de la HTA tratada. Por ello este año se dejó abierto para ambos casos, dándose la paradoja de que este año el porcentaje más alto ha sido para despistaje de HTA, por ello en los siguientes años se va a dejar el Programa abierto a todo tipo de pacientes para un abordaje mas global de la HTA.

7. OBSERVACIONES.

En lo que va de año se han seguido realizando MAPAs, todos ellos con el aparato antiguo dado que el nuevo sigue sin ser operativo

Ya se ha producido la aceptación dentro del Equipo del MAPA como una prueba más a realizar en el Centro, con lo que la continuidad está asegurada.

En el tiempo de redacción de esta memoria el aparato antiguo ha dejado de funcionar, con lo que estamos pendientes de conseguir que alguno de los 2 aparatos funcione para reanudar la actividad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/247 ===== ***

Nº de registro: 0247

Título
DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2016

Autores:
ROMEO GUTIERREZ AGUSTIN, PEREZ MURILLO ALBERTO, GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES, BORAO GOMEZ JULIA, GRIMAL ALIACAR FERNANDO, BUJEDA CAVERO MARIA JOSE, APESTEGUI GARMENDIA ANE, CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: HTA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

ES FRECUENTE EN LA CONSULTA DIARIA DE PRIMARIA ENCONTRAR PACIENTES CON CIFRAS TENSIONALES ALTAS, AÚN HABIENDO REALIZADO REPOSO PREVIO ANTES DE LA TOMA. CIFRAS QUE NO SE CONFIRMAN POR TOMAS EN OTROS MOMENTOS (DOMICILIO, FARMACIAS), Y QUE HACEN SOSPECHAR QUE SE TRATA DE UNA HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA. ACTUALMENTE NO SE ESTA REALIZANDO UN BÚSQUEDA ACTIVA, FUNDAMENTALMENTE POR LA FALTA DE SUFICIENTE APARATAJE PARA SU REALIZACIÓN. LA IMPORTANCIA VIENE DADA POR LA NECESIDAD DE HACER UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES QUE SON HIPERTENSOS, DESCARTANDO LOS FALSOS POSITIVOS, Y PODER CONTROLAR POSTERIORMENTE A LOS QUE TIENEN ESTE FACTOR DE RIESGO. A ESTO SE AÑADE EL AHORRO ECONÓMICO DE NO TRATAR A PACIENTES QUE NO PRECISAN SER TRATADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0247

1. TÍTULO

DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2017

RESULTADOS ESPERADOS

EL OBJETIVO ES DETECTAR EL MAYOR NUMERO POSIBLE DE PACIENTES AFECTOS DE HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA, Y EVITARLES EL RIESGO INHERENTE A LA TOMA DE MEDICACIÓN NO NECESARIA Y SUS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, ASÍ COMO A POSIBLES EPISODIOS DE HIPOTENSIÓN POR SU MEDICACIÓN.

MÉTODO

LOS PACIENTES SERÁN CAPTADOS POR SU MÉDICO O ENFERMERA DE CUPO, SE REALIZARÁ, UNA PETICIÓN DE "MAPA" (EN OMI EXISTE EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS LA PETICIÓN CORRESPONDIENTE) Y SE LE ENTREGARÁ ESTA Y UNA HOJA DE INSTRUCCIONES EXPLICANDO EL PROCESO.
SERÁN CITADOS PARA LA REALIZACIÓN DE "MAPA" POR LAS ADMINISTRATIVAS EN UNA AGENDA CREADA PARA ESTE FÍN, PUDIENDO CITARSE UN MÁXIMO DE 2 PACIENTES POR SEMANA POR CADA APARATO QUE SE DISPONGA. LUNES PARA QUITARLO EL MARTES Y JUEVES PARA QUITARLO EL VIERNES.
SE RECOGERÁN LOS DATOS EN 2 ORDENADORES DISTINTOS PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE DATOS POR FALLO, UNO DE SOBREMESA Y EL PORTATIL DEL CENTRO, HABIÉNDOSE IMPLEMENTADO PREVIAMENTE EL PROGRAMA INFORMÁTICO NECESARIO.
LOS RESPONSABLES PARA LA PUESTA Y LA RETIRADA DEL APARATAGE SON LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA, QUE REALIZARÁN LOS TURNOS CORRESPONDIENTES PARA EVITAR FALLOS EN ÉPOCAS DE VACACIONES O ASUETO, APOYADOS POR LOS RESIDENTES. EL INFORME SE FIRMARÁ Y SE ENTREGARÁN DOS COPIAS AL MÉDICO DE FAMILIA DEL PACIENTE CON LA EVALUACIÓN DE LA PRUEBA.

INDICADORES

SE EVALUARÁ EL % DE PACIENTES DETECTADOS COMO NO HIPERTENSOS RESPECTO AL NÚMERO TOTAL DE REALIZADOS
SE EVALUARÁ EL % DE PRUEBAS REALIZADAS QUE TENGAN UN INFORME COMPLETO, CONSIDERÁNDOSE ACEPTABLE AL MENOS UN 80%.
SE CONTROLARÁ EL NÚMERO DE PRUEBAS QUE SE HAN DESCARGADO EN LOS 2 ORDENADORES Y QUE DEBEN SER AL MENOS 80%.

LOS DATOS SE OBTENDRÁN DE LOS INFORMES QUE GENERA EL PROGRAMA Y DE LA COMPARACIÓN DE LOS DATOS EN AMBOS ORDENADORES.

DURACIÓN

LA FECHA DE INICIACIÓN DEL PROYECTO ESTÁ EN DEPENDENCIA DE LA RECEPCIÓN DEL APARATAJE, A PARTIR DE ESE MOMENTO Y DURANTE DOS O TRES SEMANAS LOS RESPONSABLES ESTUDIARÁN EL PROGRAMA, SE CREARÁ LA AGENDA, SE PRESENTARÁ EL PROYECTO AL RESTO DEL EQUIPO EN SESIÓN CLÍNICA INDICANDO LA FORMA DE REALIZARLO, OBJETIVOS, ETC. SEGÚN LO EXPUESTO EN APARTADOS ANTERIORES.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0380

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP LA ALMOZARA 2017

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO GRIMAL ALIACAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARQUILLUE VARONA SARA
BLASCO BORQUE MARIBEL
GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES
CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA
VALERO YUBERO TERESA
GAZULLA JULIAN TERESA
MONFORT POSADA NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se realizan varias reuniones del grupo de mejora.
se realizan dos reuniones explicativas del proyecto: una a todo el equipo y otra por estamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
se mejoran las hojas de registro existentes.
se firma mensualmente el control de almacen hojas de resgistor de carro de parada, botiquin, maletin.
Asi lo consigna la auditoria realizada por farmacia del sector.
ha servido para retirar farmacos y material que no se usara
ha servido para aumentar la dotacion de farmacos y material que si se encontraba era necesario,
A partir de los registros y libro de incidencias a implementar se propone el seguimiento de los siguientes indicadores:
- N° de incidencias/mes (en botiquin, almacen, carro d eparadas, maletin urgencias y esterilizacion).: 3 en carro de paradas y 2 en almacen en un año
% de incidencias no solucionadas o demoradas.: cero

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
aunque ya se realizaba un control de almacen, botiquin, carro de paradas y esterilizacion ha servido sobre todod para concienciar a todo el equipo de que este procedimiento es importante.
Ha servido para detectar pequeñas fallos
Ha servido para mejorar control caducidades y verificar el uso correcto del material

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/380 ===== ***

Nº de registro: 0380

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP LA ALMOZARA

Autores:
GRIMAL ALIACAR FERNANDO, ARQUILLUE VARONA SARA, BLASCO BORQUE MARIBEL, GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES, CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, VALERO YUBERO TERESA, GAZULLA JULIAN TERESA, MONFORT POSADA NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: control de caducidades
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0380

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP LA ALMOZARA 2017

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)

Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables:

Almacén, botiquín: Teresa Valero (aux. clínica)

Urgencias: Sara Arquillué (MF) /Maribel Blasco (Enfermera) Esterilización: Teresa Gazulla (aux. clínica)

INDICADORES

A partir de los registros y libro de incidencias a implementar se propone el seguimiento de los siguientes indicadores:

- N° de incidencias/mes (en botiquin, almacen, carro d eparadas, maletin urgencias y esterilizacion).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

inicio enero 2017

fin: diciembre 2017

formacion a recibir de gerencia AP.

controles trimestrales de proyecto

control mensual de indicadores

nombramiento responsables: antes de inicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0570

1. TÍTULO

UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Fecha de entrada: 08/02/2018

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.

CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA

MORA GRACIET BELEN

PEREZ MARTINEZ JULIA

PLUMED TEJERO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Durante el curso escolar nos hemos reunido en 4 ocasiones sanitarios docentes y madre del AMPA para programar actividades

2. Desde el inicio todos los componentes del equipo de mejora hemos hecho un equipo de trabajo, incorporando nuevos miembros, para poder continuar participando en esta nueva red de salud.

3. Hemos realizado formación individualizada a través de cursos on line, asistencia a jornadas y congresos, pero no hemos podido desarrollar sesiones grupales entre nosotros

4. En las sesiones formativas de profesores nos hemos implicado todos los componentes tanto en el diseño de los contenidos como en la presentación

5. En estas sesiones hemos desarrollado los temas previstos y otros que les han interesado especialmente con los profesores como un curso básico de RCP, en el que han participado el 100% de los docentes. En pequeños grupos de 5 acudían a nuestro centro de salud al terminar las clases y con muñecos de RCP y 2 sanitarios realizaban RCP básica

6. Cada sesión que hemos dado a AMPA y a Docentes ha sido evaluada tanto en asistencia como en satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1 ° de sesiones impartidas a EIR-MIR/N° sesiones previstas : 0/4 = 0%

2 N° sesiones impartidas a Profesores /N°de sesiones previstas 9/4 = 2,25x100 = 225%

3 N° sesiones impartidas a Padres / N° de sesiones previstas: 2/4 = 0,50x100 = 50%

4 Nª Docentes satisfechos/ N Decentes participantes : 21/21= 100%

5 n° Padres muy satisfechos / N de Padres participantes: 28/29=0,96x100= 96%

6 N° de Sanitarios satisfechos/ N° de Sanitarios participantes 8/8 = 1x100= 100%

7 Conocer la utilidad de las sesiones de las sesiones formativas

a los padres/N° de sesiones impartidas : 28/29=0,96x100= 96%

8 Durante el curso escolar presentamos el proyecto al consejo de salud del barrio.

los indicadores N°7y N°5 del proyecto no los hemos evaluado por ser imposible de definir con exactitud el denominador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El actual modelo de Atención Primaria está basado en la asistencia, y las actividades de EpS en la escuela se ven dificultadas puesto que no ocupan un tiempo específico en nuestras agendas, además los diferentes horarios entre Docentes, Sanitarios y Padres hace muy difícil encontrar horarios comunes. Pero la satisfacción de profesores, sanitarios y padres de alumnos nos anima a continuar con este camino de salud en nuestra comunidad.

Con ilusión, ganas, tiempo y mucho esfuerzo de los componentes e este equipo, hemos conseguido establecer un equipo de trabajo entre Educadores, Sanitarios y AMPA, que permite continuar con nuevas actividades . Este proyecto ha sido posible realizarlo gracias a la presencia de Residentes de Familia (MIR-EIR) que han considerado esta, una actividad necesaria en su formación.

En este nuevo curso escolar continuamos en el mismo camino pero con distintas actividades que han priorizado los educadores

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/570 ===== ***

N° de registro: 0570

Título
UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO ALMOZARA - CENTRO SALUD ALMOZARA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0570

1. TÍTULO

UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Autores:

PUEYO SALAVERA CLARA MARIA, CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, GARGALLO GASCA NAIARA, MORA GRACIET BELEN, MURO CULEBRAS MARIA, PEREZ MARTINEZ JULIA, PLUMED TEJERO MARIA, TOMEO MUÑOZ RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevencion, Promocion de salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro CS desde el año 1990 desarrollamos, con colegios de la zona, durante 4 años, programas de Educación para la Salud (EpS) en la Escuela patrocinados por el Ministerio de Educación/Insalud/DGA, con resultados satisfactorios en profesores, alumnos, padres y sanitarios que participamos en ellos. Desde entonces, ha cambiado nuestra sociedad, ha aumentado la edad media de vida y la prevalencia de las enfermedades crónicas que tienen relación directa con nuestra manera de vivir: HTA, Dislipemia, Obesidad, Patología Mental. El 5% de los menores de 14 años de nuestro CS, está en tratamiento farmacológico crónico, y de ellos, el 64% toma fármacos por patología psiquiátrica. Otros problemas de nuestra sociedad, violencia, acoso, anorexia, accidentes, consumo de tóxicos, tienen una clara relación con la salud.

La salud es un recurso para la vida que se ve influenciado, por factores sociales y personales. La infancia y adolescencia son etapas sensibles a la influencia de factores protectores y de riesgo, para el desarrollo de salud y la EpS en la escuela, proporciona a niños y adolescentes capacidad crítica para tomar decisiones que faciliten la gestión de su salud, pero la escuela necesita la colaboración de los CS de su zona para que sus acciones tengan un enfoque global y estén integradas en la comunidad. Actualmente en CS Médicos y Enfermeras realizan su formación y deben aprender a trabajar juntos en y para su comunidad

Todo ello nos ha hecho contactar con profesores del Colegio Público (CP) Almozara, que ya participan en redes promotoras de salud, para desarrollar un proyecto común de EpS en la escuela basado en reuniones conjuntas. En junio, diseñamos unas líneas de trabajo entre profesores y sanitarios, que fueron consensuadas en septiembre, van a ser aprobadas por el consejo escolar y han sido presentadas al consejo de salud del barrio, que facilitarían el asesoramiento a los profesores en los temas de salud desarrollados en el aula y la formación de padres de alumnos, para poder iniciar un nuevo camino de salud en nuestra comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1ºInstaurar un equipo de trabajo multidisciplinar con sanitarios, docentes y padres de alumnos para tratar conjuntamente, factores condicionantes de salud
- 2ºAprobar en el consejo escolar del CP Almozara este proyecto de EpS
- 3ºCrear un grupo de trabajo entre MFyC y Enfermería en nuestro CS, que de estabilidad a las actividades de EpS desarrolladas
- 4 Integrar a MIR EIR en programas de salud comunitaria
- 5 Potenciar la capacidad de los docentes para abordar temas de salud
- 6ºFormar a docentes en prevención de accidentes y técnicas de primeros auxilios
- 7 Desarrollar una escuela de padres que sirva de base para afianzar las habilidades trabajadas con los niños desde las aulas
- 8ºAmpliar los conocimientos en EpS de MIR/ EIR y estudiantes que se forman en nuestro CS, utilizando técnicas de aprendizaje significativo

MÉTODO

- 1ºMédico,1Enfermera,1Profesor,1Padre del AMPA, participaran en el grupo de trabajo de EpS, reuniéndose trimestralmente. A través de nuestras experiencias, conjuntamente, se evalúan actuaciones desarrolladas y se programa las posteriores. Responsable:R.Tomeo
- 2ºEn el CS crearemos un equipo que garantizara la estabilidad de los proyectos durante al menos 2 años. Responsable:N.Gargallo
- 3ºDesarrollaremos 3 sesiones formativas a los MIR/ EIR/ Estudiantes sobre comunicación, participación comunitaria y aprendizaje significativo
Responsable:C.Pueyo/M. Muro
- 4ºImpartiremos 4 sesiones formativas a los profesores, con los temas propuestos por ellos: Alimentación, Espalda Sana, Prevención de accidentes, Primeros auxilios, Patología de alumnos.Responsable:M Caso
- 5ºPosteriormente las desarrollaremos con los padres de alumnos. Responsable:J. Perez
- 6ºAl finalizar cada sesión pasaremos una encuesta de satisfacción a los padres, profesores y sanitarios participantes.Responsable: B.Mora
- 7ºRecogeremos en cada actividad el nºde participantes para realizar la evaluación.Responsable: M. Plumed

INDICADORES

- 1 N° sesiones impartidos a EIR- MIR/nºsesiones previstas%
- 2 N°sesiones impartidas a profesores/nºsesiones previstas%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0570

1. TÍTULO

UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA

- 3 N°sesiones impartidas a padres/n°sesiones previstas%
- 4 N°docentes satisfechos/n°docentes participantes en proyecto%
- 5 N°docentes asistentes/n° docentes participantes en proyecto%
- 6 N°padres satisfechos/n°padres participantes en proyecto%
- 7 N°padres asistentes /n°padres alumnos participantes en proyecto%
- 8 N°sanitarios satisfechos/n°sanitarios participantes en proyecto%

DURACIÓN

Junio: Formación de equipo, Reunión de equipo, Reunion de profesores.
Septiembre: Reunion de equipo. R. Profesores. Reunión AMPA.
Octubre: Talleres a profesores.
Noviembre: Talleres padres.
Diciembre: Reunion equipo, Talleres profesores
.Enero: Reunion profesores, Reunion AMPA, talleres padres, Evaluación. Febrero: Talleres profesores.
Marzo: Reunion equipo, talleres padres.
Abril: Talleres profesores
.Mayo: Talleres padres,
Junio: Reunion profesores, Reunión AMPA, Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0013

1. TÍTULO

NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN MARTES LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES AGORRETA PATRICIA
CARBONELL LOZANO ALEJANDRA PILAR
ARMALE CASADO MARIA JOSE
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se identificaron las necesidades sentidas por la población a través de una encuesta que se diseñó previamente y que se pasó tanto en el Centro de Salud como en la Fundación el Tranvía. A través de ella se identificaron los temas de formación en salud más demandados en uno y otro centro y se procedió a su difusión así como a la elaboración de un programa de actividades formativas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A través de 320 encuestas realizadas en el Centro de Salud y 71 en la Fundación el Tranvía, se analizaron los temas más demandados por la población para poder adecuar las charlas a las necesidades de la población del barrio de las Fuentes.

Estos temas fueron: enfermedades crónicas, hábitos y cuidados, prevención, enfermedades infantiles, enfermedades nuevas, salud mental y problemática social, ordenados de forma descendente. Se encontraron diferencias entre las encuestas contestadas por usuarios del Centro de Salud, donde interesaban más las enfermedades crónicas, mientras que en la fundación el Tranvía el tema más demandado eran las enfermedades infantiles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la realización de las encuestas, se programaron una serie de charlas en las dos principales entidades sociales del barrio de las Fuentes, La fundación el Tranvía y Centro Cívico Salvador Allende. Los temas que se desarrollaron en las sesiones fueron aquellos demandados por la población, como por ejemplo alimentación sana, cuidando la memoria, promover el ejercicio físico en los más pequeños... Además, se favoreció la comunicación y continuidad de la colaboración con los centros sociales del barrio y se hizo participe a la comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/13 ===== ***

Nº de registro: 0013

Título
NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

Autores:
MARTES LOPEZ CARMEN, ANDRES AGORRETA PATRICIA, CARBONELL LOZANO ALEJANDRA PILAR, ARMALE CASADO MARIA JOSE, LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0013

1. TÍTULO

NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

La Educación Para la Salud es una herramienta clave en las políticas sanitarias, pues su acción va dirigida tanto a los diferentes sectores de la salud como a los diferentes colectivos.

La Ley 14/86 General de Sanidad en su artículo 6.0 declara que las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. Su objetivo, no es sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos sino en un cambio cualitativo en las actitudes que lleve a un cambio real de las conductas.

La Educación para la Salud se debe contemplar dentro de una estrategia amplia de Promoción de la Salud, donde el individuo y la comunidad asuman un protagonismo efectivo.

Los escenarios o ámbitos de intervención identifican los lugares donde distintos grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan puesto que, para actuar con eficacia, las intervenciones de promoción de salud se deben desarrollar e integrarse en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos.

La atención primaria debe destinar mayores recursos y sus profesionales más esfuerzos para la promoción de la salud, procurando aumentar la capacidad y el acceso a la toma de decisiones de los ciudadanos y sus organizaciones para el cuidado de su salud y en las propuestas de mejora de los servicios sanitarios. Como horizonte de futuro debe favorecerse la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud (Carta de Ottawa 1986).

En esta línea está ubicado nuestro proyecto, primero descubriremos las necesidades sentidas y demandadas por nuestra población para posteriormente poner en marcha actividades formativas adecuadas a las demandas, mediante planes de mejora de calidad tanto en el CS como en el centro de actividades sociales del barrio de las Fuentes (Fundación El Tranvía), en contacto con el Consejo de Salud Las Fuentes Norte.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:

Poner en marcha planes de promoción de la salud orientados a la población del CS Las Fuentes Norte.

Objetivos secundarios:

- Identificar las necesidades sentidas por los pacientes en relación a su salud.
- Elaborar un programa de actividades formativas dirigidas a la población del CS Las Fuentes Norte.

MÉTODO

Buscar en la bibliografía una encuesta adaptada a las características del proyecto y población (M.L. Lozano, A.P. Carbonell). Si no se encontrara realizar una con el consenso de todos los participantes en el proyecto.

Reunión con la Fundación El Tranvía y con el Consejo de Salud (M.L. Lozano, M.J. Armalé, C. Martes).

Distribución de encuestas en los diferentes departamentos del CS y de la Fundación El Tranvía (todos los participantes).

Tabulación de datos (M.L. Lozano, A.P. Carbonell).

Interpretación de resultados (todos los participantes).

Planificación de actividades formativas (todos los participantes).

Presentación de resultados y plan de las actividades formativas al equipo, al Consejo de Salud y a la Dirección del Sector (M.L. Lozano, M.J. Armalé, C. Martes).

INDICADORES

1. Nivel de respuesta de la encuesta en los diferentes departamentos:

Fórmula: N° de encuestas cumplimentadas * 100 / N° de usuarios a los que se les ha ofertado.

2. Cuantificar la necesidad expresada de formación en salud de la población.

Fórmula: N° de usuarios con interés en formación en salud * 100 / N° de usuarios que cumplimentan la encuesta.

Criterios de inclusión:

- Usuarios del Centro de Salud Las Fuentes Norte y de la Fundación El Tranvía en el periodo de distribución de la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Usuarios con dificultad de lectura y escritura en castellano.

Fuentes de datos:

- Encuestas cumplimentadas en el Centro de Salud y la Fundación El Tranvía.

DURACIÓN

- Fecha inicio: 1/Junio/16
- Fecha de finalización: 28/Febrero/17
- Búsqueda bibliográfica: Junio-Julio/2016
- Diseño de la encuesta: Julio/2016
- Reunión con la Fundación el Tranvía y el Consejo de Salud: Septiembre/2016
- Recogida de datos: Septiembre-Noviembre/2016
- Interpretación datos: Diciembre 2016 / Febrero 2017
- Difusión de resultados: Febrero /2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0013

1. TÍTULO

NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

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.
SARSA GOMEZ ANA MARIA
BELLOSO RODANES MARIA ISABEL
SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL
URIEL PEREZ JOSE ANTONIO
LAMANA LASHERAS MARIA JOSE
VALLES LOBATO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades del proyecto de "Optimización de la anticoagulación oral (ACO) en Atención Primaria (AP)", estudio ACO-ZAR II, fueron planteadas a partir de los resultados del estudio previo de nuestra línea de mejora 2015, estudio ACO-ZAR I, sobre "La características epidemiológicas y de manejo de la población con fibrilación auricular (FA) del centro de salud (C.S.) Las Fuentes Norte", con el objetivo de mejorar la gestión de la ACO en nuestro ámbito.

ACO-ZAR I, reveló que la población con FA tratada en nuestro centro tenía una alta prevalencia (1.7% de la población general), que ascendía de modo exponencial con la edad, suponiendo un 2.98% de los > 40 años, y que los pacientes afectados eran frágiles, por edad avanzada (media de 76.58 ± 10.62 y > de 75 años en un 68%), abundante comorbilidad asociada (fundamentalmente hipertensión arterial en un 76.3%, diabetes mellitus en un 35.2%, insuficiencia renal crónica en un 32.3%, insuficiencia cardiaca en 27.9% y enfermedad tromboembólica en un 18.8%) y alto grado de polimedicación (hasta en un 84.5%).

Estos datos justificaban que la población con FA estudiada en ACO-ZAR I era representativa de las poblaciones estudiadas a nivel nacional, hecho importante a la hora de extrapolar datos de manejo, con estudios de ámbito más amplio que la del propio CS.

Respecto al manejo de la ACO, se observó una baja evaluación de riesgos tromboembólico y hemorrágico, por CHADS2-VASC Y HAS-BELD respectivamente (10.5%), infratratamiento del 24%, empleo de antiagregación (AAG) como prevención primaria en un 13.42%, control subóptimo de antivitamina K (AVK) en un 43%, empleo de anticoagulantes orales directos (ACOD) en el 22.10% y un control exclusivamente desde AP del 34%.

Por tanto, en lo referente a nuestro infratratamiento del 24%, estábamos a nivel nacional (que oscila entre el 16% del estudio FIATE hasta un 23.5% del estudio AFABE), igual que en el porcentaje de control subóptimo con el 43% (datos nacionales entre 40-50% según las series), pero en el control exclusivo por AP con nuestro 34%, estábamos muy por debajo de los datos nacionales que van del 59.6 del FIATE (46.8% en Aragón) al 70 % del PAULA, aunque equiparable a los resultados del proyecto AGORA.

De lo expuesto hasta ahora, concluimos que los objetivos de optimización de la ACO pasaban por:

- I. Aumentar la cobertura de la ACO en nuestros pacientes con FA:
 - Disminuir el infradiagnóstico: mediante el diagnóstico oportunista de FA en las consultas de AP (captación de formas silentes).
 - Disminuir el infratratamiento: mediante valoración de ACO en la FA de forma individualizada, por riesgo tromboembólico/hemorrágico, y no por forma clínica (cobertura de las formas paroxísticas).
- II. Mejorar la calidad de la ACO:
 - Evitar la AAG como prevención primaria del ictus y embolismo sistémico, según recomendación de las actuales guías europeas de manejo de la FA.
 - Disminuir el porcentaje de control subóptimo de la ACO con AVK.
 - Aumentar la penetrancia de ACOD, ofertando tratamiento alternativo a los pacientes en tratamiento con AVK y tiempo en rango terapéutico (TRT) < 60 % durante más de 6 meses, según nuestro marco normativo, regido por el informe de posicionamiento terapéutico (IPT) de la AEMPS (Asociación española del medicamento y productos sanitarios).
- III. Asumir mayor porcentaje de pacientes anticoagulados en consultas de AP.
 - Proceso de descentralización: Recuperación de los pacientes con ACO seguidos en hematología con control INR estable.
- IV. Garantizar el empleo seguro de los ACO.
 - Minimizar riesgos, asegurando un manejo adecuado de los ACO en general y de los ACOD en especial, por su reciente introducción, mediante:
 - A nivel del profesional sanitario: Formación del personal, elaboración de guías de manejo y protocolos de actuación y adaptación de los soportes informáticos y bases de datos, entre otras medidas.
 - A nivel del paciente: Educación sanitaria del paciente y de su entorno.

Para la consecución de la mejora de gestión de la ACO en nuestro C.S. cubriendo los objetivos previos, se seleccionaron las actividades que exponemos a continuación, con la previsión de su ejecución en el intervalo de octubre del 2016 a agosto del 2017. Todo ello realizado por los integrantes del proyecto y empleando los recursos del propio C.S. (salón de actos y medios audiovisuales), sin omitir el esfuerzo extra realizado fuera del propio horario laboral.

1. Para conocer la situación de base:

Se expusieron al equipo de atención primaria (medicina y enfermería), en octubre del 2016, los resultados del estudio ACO-ZAR I, con objeto de sensibilizar a los integrantes del importante problema de salud pública que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

supone la FA y la trascendencia de la anticoagulación en la misma, por un lado, y determinar las debilidades de nuestra actividad, justificando los indicadores seleccionados para el 2017, por otro.

2. Para la facilitar la labor del profesional:

Se procedió a formación del personal sanitario mediante sesiones clínicas, así como a la protocolización de la actividad asistencial, mediante la elaboración de guías rápidas (Guías de manejo de FA, AVK y ACOD) y algoritmos de actuación (Manejo perioperatorio del paciente anticoagulado). La documentación, así como los listados de los pacientes anticoagulados con las diferentes alternativas por CIAS, se facilitaron por escrito, en las sesiones correspondientes, y en la red informática del propio centro, como material de consulta rápida.

Las sesiones impartidas, calendario y materiales distribuidos fueron:

• Sesión 1: Indicaciones de ACO. Manejo de la Fibrilación Auricular. En enero del 2017. Impartida por Sarsa Gómez.

? Guía rápida de manejo de FA en AP. Elaborada por García-Roy y validada por servicio de Cardiología del Hospital universitario Miguel Servet -HUMS- (Dr. Gomollón García).

? Listados de pacientes con FA distribuidos por CIAS, facilitado por el Departamento de informática del sector II.

• Sesión 2: Manejo de AVK. En febrero de 2017. Impartida por Belloso Rodanés.

? Guía de manejo rápido de AVK en AP. Elaborada por García-Roy y validada por el servicio de hematología del HUMS (Dr. Calvo Villas).

? Listados de pacientes en tratamiento con AVK distribuidos por CIAS, facilitado por el Departamento de farmacología del sector II (Dña. Belén Pina Gadea).

• Sesión 3: Manejo de los ACOD. En abril de 2017. Impartida por García Roy.

? Guía de manejo rápido de ACOD en AP. Elaborada por García-Roy y validada por el grupo autonómico de anticoagulación.

? Listados de pacientes en tratamiento con ACOD distribuidos por CIAS, facilitado por el Departamento de farmacología del sector II (Dña. Belén Pina Gadea).

• Sesión 4: Presentación del Protocolo de manejo de ACOD del CS Las Fuentes Norte de Zaragoza. En mayo de 2017. Impartida por García Roy.

? Algoritmo de manejo de ACOD en AP: forma de inicio y periodicidad y contenidos de seguimiento. Elaborada por García-Roy. Pendiente de validación en el grupo autonómico de anticoagulación.

? Información por escrito para el paciente en tratamiento con ACOD. Información sobre aspectos generales y actuación en caso de hemorragia. Elaborada por García-Roy.

3. Para fomentar la descentralización en favor de una atención integral y manejo coordinado del paciente anticoagulado:

• Intentamos establecer cauces de comunicación fluidos con las especialidades implicadas, en especial cardiología y hematología, instaurando la figura del especialista consultor.

? En la actualidad tenemos reuniones periódicas mensuales con nuestro cardiólogo de referencia del CME San José (Dr. Oscar Cerdón).

? De igual modo disponemos de la posibilidad de acceso telefónico directo con la unidad de hemostasia del servicio de hematología de nuestro hospital de referencia, HUMS.

• Planteamos la elaboración del protocolo de recuperación por AP de pacientes con INR estable en seguimiento por hematología, a la unidad de hemostasia del HUMS, representado por el Dr. Calvo Villas y la Dra. Fernández Mosteirín. Dicho protocolo fue asumido y puesto en vigor por todo el Sector II a principios del 2017.

4. Para conseguir un Manejo seguro de los ACOD:

Consientes de la necesidad de crear una cultura de utilización de los ACOD en AP, se acordó con el EAP la puesta en marcha del Protocolo de Manejo de ACOD en AP en nuestro C.S. en junio del 2017.

Para facilitar esta puesta en marcha, se propuso al sector II una modificación del soporte informático con diversificación de episodios de ACO, ya incluidas en los nuevos episodios de OMI-AP, y plan específico de ACOD, incluyendo información por escrito para el paciente. La misma propuesta fue transmitida a gerencia desde el grupo autonómico de anticoagulación y está pendiente de introducción.

5. El registro y análisis de resultados, se realizó durante agosto de 2017.

Respecto al método de estudio, para la reevaluación de resultados tras la implementación de las actividades propuestas, se repitió la metodología del estudio previo, observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoría de historia clínica, y se incorporó una encuesta estructurada dirigida a los pacientes en seguimiento con ACOD.

Para la obtención de la población diana, se solicitó el listado actualizado de los pacientes con FA del C.S. por CIAS y se cruzó con el listado previo para proceder a las inclusiones o exclusiones pertinentes. De este modo, de la población de partida del estudio ACO-ZAR I de 434 pacientes con exclusión de 49 y población final de 385, llegamos a un a población definitiva en ACO-ZAR II, de 318 pacientes.

Respecto a las fuentes de información para la obtención de datos:

La variables principal (FA) y de comorbilidades se definieron por la existencia de episodio abierto en OMI-AP mediante codificación internacional en atención primaria (CIAP).

Para la evaluación del riesgo tromboembólico y la idoneidad de la indicación de ACO, se empleó la escala CHADS2-VASC y para la evaluación del riesgo hemorrágico la escala HAS-BLED, incluidas en protocolos de OMI-AP.

Para evaluar el grado de control en pacientes en tratamiento con AVK controlados desde AP, se recurrió al tiempo en rango terapéutico directo (TRT) por método directo a partir de los datos de TAONet, considerándose óptimo si TRT > 60% en los últimos 6 meses. Respecto al control en Atención Especializada (AE) por hematología, se recurrió a los datos disponibles en Gota desde INTRANET.

La función renal y hepática se evaluó por datos analíticos de controles recientes solicitados desde AP o desde AE, según registro de Historia clínica electrónica (HCE).

Los datos de tratamientos asociados se obtuvieron de receta electrónica.

Para el análisis de resultados se empleó el paquete estadístico SPSS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

La suplementación mediante encuesta estructurada de los pacientes con ACOD no resultó definitiva por el escaso margen de tiempo desde la puesta en marcha del Protocolo de manejo de ACOD en AP y falta del soporte informático.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores y sus estándares se establecieron a partir de los resultados del estudio ACO-ZAR I, por comparativa, cuando se disponía de un indicador de referencia nacional, o por consenso del equipo, en el caso de que este dato no estuviera disponible.

Así, se seleccionaron los siguientes indicadores:

- Para evaluar la disminución del infratratamiento:
 - I1. Porcentaje de pacientes con registro en historia clínica de Riesgo tromboembólico y hemorrágico evaluado por escalas específicas al respecto (CHADS-VASc Y HAS-BLED).
 - I2. Porcentaje de pacientes con indicación de ACO por CHADS-VASc = 2 que la siguen.
 - Para valorar la mejorar la calidad de la ACO:
 - I3. Porcentaje de pacientes con AAG como prevención primaria.
 - I4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con AVK controlados en AP, con control óptimo por TRT directo = 60% en los últimos 6 meses (Disminución del control subóptimo).
 - I5. Penetrancia de ACOD.
 - En sustitución del indicador propuesto en el proyecto inicial, I5. Porcentaje de pacientes seguidos en hematología con últimos 3 INR en rango, al ser desestimado tras la puesta en marcha del protocolo de captación de pacientes seguidos en hematología con INR estable.
 - Para valoración de la descentralización de la gestión de ACO:
 - I6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con AVK seguidos por AP.
 - Para garantizar el empleo seguro de los ACO se evaluó del manejo de los ACOD
 - I7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con ACOD incluidos en protocolo específico de manejo.
 - I8. Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD.
 - Los resultados del ACO-ZAR II, mostraron:
 - ? Incremento en la evaluación y registro de riesgos pasando del 10.5 al 35.5% (I1). Al no existir datos de este indicador en estudios nacionales, acordamos conseguir por consenso en el equipo al menos un 50%, que no hemos alcanzado.
 - ? Descenso del infratratamiento del 24 al 16% (I2.), equiparándonos al resultado del estudio FIATE que nos habíamos planteado como objetivo.
 - ? Descenso del empleo de la AAG como prevención primaria del ictus, pasando de un 13.42 al 9% (I3) en la línea de las recomendaciones de la SEC de excluir a la AAG como alternativa a la ACO en la prevención del ictus y embolismo sistémico en FA. Al no existir tampoco datos nacionales de este indicador, nos planteamos reducirlo al 5%, sin conseguirlo.
 - ? Descenso del control subóptimo del 43 al 30% (I4.) mejorando los resultados nacionales.
 - ? Incremento de la penetrancia de ACOD del 22 al 28% (I5) localizándonos en la media nacional,
 - ? Aumento del control por AP del 34 al 69,2% (I6) en línea a los resultados del reciente estudio PAULA.
 - ? Captación del seguimiento de ACOD en consultas de enfermería del 21,9% (I7).
 - ? Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD (I8) queda pendiente.
- Tenemos que insistir en que existe un importante sesgo en los resultados del estudio, respecto al control subóptimo y porcentaje de pacientes en seguimiento por AP, por la imposición del sector II de asumir desde AP a los pacientes seguidos en Hematología del HUMS ya estabilizados, según criterio de 3 INR consecutivos en rango.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El tratamiento anticoagulante oral (ACO) es uno de los avances terapéuticos más importante del último siglo y piedra angular para la prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica. Cada vez son más los pacientes subsidiarios de la misma, fundamentalmente la fibrilación auricular (FA), indicación de anticoagulación crónica por excelencia.

La FA supone un importante problema de Salud Pública por prevalencia y morbimortalidad asociada y frente a la misma, sólo el tratamiento antitrombótico se ha demostrado capaz de modificar su historia natural. Esto ha hecho que las principales sociedades científicas consideren la profilaxis tromboembólica como la estrategia fundamental a plantear en todos los pacientes con FA, independientemente de su patrón temporal, con el objetivo de mejorar su pronóstico y calidad de vida. Por lo tanto en la actualidad, el empleo de la ACO ante indicación individualizada, es inexcusable dentro de una práctica clínica de calidad.

Además, el paciente afecto de FA es habitualmente un paciente frágil, con edad elevada, múltiple comorbilidad asociada y polimedicado, lo que le convierte en el prototipo de paciente crónico-complejo y subsidiario de un abordaje integral y manejo multidisciplinar, donde AP tiene un importante peso específico, por porcentaje de pacientes diagnosticados y seguidos en nuestras consultas y no podemos eludir esta responsabilidad.

De lo dicho se entiende la prioridad de reducir el infratratamiento de la ACO en pacientes con FA ante indicación individualizada y de aumentar el control desde las consultas de AP, fomentando la descentralización.

Pero, pese al importante problema de salud pública que supone la FA en general y el evento tromboembólico en particular, parece que en ocasiones, las distintas administraciones e inclusive los mismos profesionales, no le den la importancia que tiene.

La gestión sanitaria del paciente anticoagulado, ha estado vinculada a las características de la única medicación disponible hasta hace pocos años, los AVK (acenocumarol). Pero la variabilidad en su respuesta,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

sus interacciones y su estrecha ventana terapéutica, que implica la necesidad de monitorización frecuente, entre otros motivos, han originado la búsqueda de nuevos fármacos que, manteniendo sus ventajas, logren evitar alguno de sus inconvenientes, esto es un "anticoagulante ideal". Así surgen los ACOD, que han demostrado en ensayos clínicos aleatorizados, la no inferioridad o incluso superioridad y mayor seguridad frente a dicumarínicos.

La ampliación de la oferta de los anticoagulantes orales supone un cambio en el paradigma de la anticoagulación y ante esto, es inevitable plantarse la necesidad de adaptar el modelo de gestión de la ACO existente hasta ahora, que por otro lado se ha demostrado poco eficiente, a la vista de la situación precaria de la anticoagulación a nivel nacional.

El modelo de gestión aplicado en nuestro C.S, ha resultado satisfactorio en general, en el intento de equipararnos a la situación nacional, todavía por mejorar, quedándonos pendiente el reto de gestión de los ACOD.

Algunos de los puntos claves de la gestión de los ACOD radican en sus peculiaridades de manejo, por sus características propias y diferenciales con los AVK, como son la sencillez, por su efecto previsible a dosis fija sin apenas interacciones medicamentosas, o la comodidad de su uso, por la ausencia de necesidad de monitorización. Pero no debemos olvidar que se trata igualmente de anticoagulantes, de modo que se tendrán que mantener las precauciones y recomendaciones pertinentes. En definitiva, pese a que los ACOD permiten más flexibilidad de manejo que los AVK, es necesario desarrollar un programa de adherencia y seguimiento que optimice los resultados clínicos y prevenga las posibles complicaciones de uso.

Incidir en que respecto a la indicación de los ACOD, es prioritario seleccionar adecuadamente a los mejores candidatos, en base a criterios bien definidos en las recomendaciones nacionales del IPT. Parece lógico comenzar por aquellos pacientes que por diversos motivos no puedan acceder a la monitorización del INR, hecho nada infrecuente en una población mayor con importante pluripatología, máxime en un territorio tan disperso como es nuestra CCAA, o con los que no mantengan un TRT adecuado con acenocumarol (sintrom®), también circunstancia excesivamente frecuente, que más allá de no proteger al paciente, lo somete a riesgos innecesarios. Y nadie más indicado que AP, por su accesibilidad y conocimiento del paciente, para localizar estas circunstancias y contribuir a la elección de la mejor opción terapéutica.

Respecto al seguimiento, la ausencia de necesidad de motorización se ha señalado inclusive como un posible inconveniente, al posibilitar una disminución de la adherencia al tratamiento. Adherencia, si cabe, más importante que en los AVK por la corta vida media de los ACOD, por lo que también tendrán que ser revisados de forma estrecha, aunque con mayor flexibilidad, en AP, con la importante implicación de los profesionales de enfermería. De aquí que en nuestro modelo de gestión, también hayamos priorizado la disminución del control subóptimo y el manejo seguro de ACOD.

De lo dicho concluir que, tras la concienciación de AP sobre su responsabilidad en dispensar una práctica clínica de calidad, garantizando la anticoagulación oral a todo paciente subsidiario y en la alternativa más óptima, surge la necesidad, tanto de salvaguardar la seguridad del usuario de ACOD, mediante la información y fomento de la adherencia terapéutica, como de respaldar al profesional implicado, creando una cultura de utilización, con programas de capacitación y protocolos de actuación que orienten su actividad diaria de forma sencilla, segura y responsable. Con esta pretensión hemos elaborado el Protocolo de manejo de ACOD en AP, que pretendemos evaluar en la continuación de este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/437 ===== ***

Nº de registro: 0437

Título
OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GARCIA ROY AFRICA, SARSA GOMEZ ANA, BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL, URIEL PEREZ JOSE ANTONIO, EZQUERRO CORDON ASCENSION, LAMANA LASHERAS MARIA JOSE, VALLES LOBATO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Fibrilación auricular (FA) es un importante problema de Salud Pública por prevalencia y morbimortalidad asociada, fundamentalmente por eventos tromboembólicos, donde la anticoagulación oral (ACO) es la piedra angular del tratamiento, al ser la única capaz de reducirlos y que en la actualidad ofrece diferentes alternativas, Dicumarínicos y Anticoagulantes orales directos (ACOD). Por otra parte, los pacientes con FA son controlados mayoritariamente en Atención Primaria (AP) y son frágiles por edad avanzada, comorbilidad asociada y polifarmacia. Por tanto somos responsables de garantizar la opción más favorable de tratamiento efectivo en un problema de gran magnitud y en una población especialmente vulnerable. En el elevado número de pacientes con FA atendidos en nuestro centro de salud (CS) se objetiva un infratratamiento de ACO, controles subóptimos de los tratamientos con acenocumarol y alto porcentaje de controles desde hematología. Esto supone un empeoramiento de nuestra calidad asistencial por la pérdida del efecto protector antitrombótico perseguido y de la continuidad de seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Vistos los resultados de nuestro estudio de línea de mejora del 2015 sobre ``Características clínico-epidemiológicas y de manejo del paciente con FA atendido en el CS Las Fuente Norte`` nos planteamos como objetivo general optimizar el manejo de su anticoagulación oral, equiparándolos al menos con los observados a nivel nacional, mediante los siguientes objetivos específicos:

- I. Asegurar la evaluación del riesgo tromboembólico y hemorrágico a todo paciente con FA seguido en nuestro CS.
- II. Garantizar ACO a todo paciente con FA que tenga indicación para la misma.
- III. Garantizar la calidad de la ACO ofreciendo la opción más adecuada de las disponibles según la legislación vigente (Informe de Posicionamiento terapéutico del Ministerio).
- IV. Asumir el mayor control posible de la ACO desde AP.

MÉTODO

Tras la divulgación al equipo de los resultados del estudio del 2015, se determinarán las debilidades y los objetivos a conseguir, por comparativa cuando se disponga de un indicador de referencia nacional o por consenso del equipo en el caso de que este dato no esté disponible. Se facilitarán los listados de pacientes con FA por CIAS y se procederá a la capacitación del equipo mediante talleres impartidos por los componentes de la línea de mejora, según cronograma preestablecido, con soporte por escrito de material de consulta rápida. Se solicitarán a los servicios responsables las adaptaciones pertinentes del soporte informático para la puesta en marcha del Protocolo de manejo de ACOD del CS Las Fuentes Norte (diversificación de episodios de anticoagulación B-83, información por escrito para el paciente, adaptación de los sistemas de seguimiento para control de adherencia terapéutica por Morisky-Green, etc) así como cauces de comunicación fluida con las especialidades implicadas. La reevaluación se realizará repitiendo la metódica del estudio previo observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoría de historia clínica, ampliado en las variables añadidas, de la población con registro de episodio de FA y seguimiento continuado, de los 22513 usuarios del CS. Las fuentes de información serán la historia clínica para la variable principal y comorbilidades, receta electrónica para los tratamientos asociados y los programas informáticos TAOnet y Gota para la evaluación de los INR en AP y hematología respectivamente. Para el análisis de resultados se empleará el paquete estadístico SPSS. Se suplementará con evaluación mediante encuesta estructurada a los pacientes en tratamiento con ACOD. Las conclusiones servirán para la definición de nuevas líneas de mejora.

INDICADORES

Abordando los objetivos específicos mencionados:

- I- II. Porcentaje de pacientes con registro en historia clínica de Riesgo tromboembólico y hemorrágico por escalas específicas al respecto (CHADs-VASc Y HAS-BLED).
 - I2. Porcentaje de pacientes con indicación de ACO por CHADs-VASc = 2 que la siguen.
 - I3. Porcentaje de pacientes con Antiagregación oral como prevención primaria.
 - I4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol controlados en AP con control óptimo por Tiempo en rango terapéutico directo (TRT) = 60% en los últimos 6 meses.
 - I5. Porcentaje de pacientes seguidos en hematología con últimos 3 INR en rango.
 - I6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol seguidos por AP.
 - I7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con ACOD incluidos en protocolo específico de manejo.
 - I8. Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD.
- Dichos indicadores se integraran en las actividades previstas según diagrama de flujo previamente establecido.

DURACIÓN

De octubre 2016 a junio de 2017.

OBSERVACIONES

Dado el ambicioso contenido del proyecto y en base a la limitación de los recursos humanos disponibles, el proyecto debiera desarrollarse secuencialmente durante más de un año, con las ampliaciones pertinentes según resultados y objetivos propuestos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 03/02/2019

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.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Recordar que, tras el estudio ACO-ZAR I sobre "Características epidemiológicas y de manejo de la Fibrilación Auricular (FA) en Atención Primaria (AP)", desarrollado de octubre del 2015 a marzo del 2016 en el centro de salud Las Fuentes Norte del sector Zaragoza II, incluyendo la totalidad de población con FA asistida (muestra de 434 pacientes de los 22.513 usuarios), se observó que la población atendida en dicho centro era representativa de las poblaciones estudiadas a nivel nacional, hecho importante a la hora de interpretar sus resultados en comparación con estudios de ámbito más amplio; y también se apreció, respecto a la anticoagulación oral (ACO), una situación precaria por infratratamiento y control subóptimo de los dicumarínicos o antivitaminas-K (AVK), además de un escaso seguimiento por AP.

Conocida la situación de base tras el estudio ACO-ZAR I, nos planteamos mejorar la gestión de la ACO del centro de salud con el proyecto ACO-ZAR II de "Optimización de la ACO en AP" incluido en el Acuerdo de gestión/Contrato programa del 2017. En el mismo priorizamos la disminución del infratratamiento y control subóptimo, el aumento del seguimiento de la anticoagulación por AP y el manejo seguro de los anticoagulantes orales directos (ACOD). Para todo ello planteamos, en el intervalo de octubre del 2016 a agosto del 2017, diversas actividades, realizadas por los integrantes del proyecto y empleando los recursos del propio C.S (salón de actos y medios audiovisuales). Dichas actividades iban orientadas, en línea con las recomendaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), a nivel del paciente, a la educación sanitaria, y a nivel profesional, a la formación del personal sanitario mediante sesiones clínicas, así como a la protocolización de la actividad asistencial, mediante la elaboración de guías rápidas y protocolos de actuación.

Parte de las actividades fueron evaluadas en Junio de 2017 y sus resultados expuestos en la memoria previa, observándose un descenso del infratratamiento del 24 al 16%, equiparándonos al resultado del estudio FIATE, descenso del control subóptimo del 43 al 30%, mejorando los resultados nacionales, aumento del control por AP del 34 al 69,2%, equiparándonos al estudio PAULA, incremento de la penetrancia de los ACOD del 22 al 28%, en línea con la media de nuestra CCAA, y captación para el seguimiento de los ACOD del 21,9%.

Quedó pendiente el IV y último objetivo del Estudio ACO-ZAR II, sobre el manejo seguro de los ACOD, contenido de esta memoria final del Proyecto y cuyas actividades incluyen

a) Encuesta de empleo de ACOD: Para evaluación del manejo previo a la puesta en marcha del protocolo.
b) Implementación del Protocolo de Manejo de ACOD en AP del C.S Las Fuentes Norte, que origina el subestudio ZAR-ACOD.

En cuanto al registro y análisis de resultados

a) Respecto a la encuesta de manejo de ACOD:

Se elaboró una encuesta estructurada compuesta por 10 preguntas, para valoración de la información, adherencia y seguimiento, y escala analógica visual, para valoración de satisfacción del paciente usuario de ACOD.

La captación se realizó por teléfono, del listado de pacientes en tratamiento con ACOD, y se administró mediante entrevista clínica, por personal médico o de enfermería, a 65 pacientes en julio de 2017.

Los resultados se analizaron mediante paquete estadístico SPSS 2015 en septiembre de 2017.

b) Respecto al Protocolo:

Fue elaborado en el propio centro de salud siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas, y difundido al equipo de atención primaria mediante sesión clínica en mayo de 2017, con soporte por escrito que incluía "Algoritmo de manejo de ACOD en AP", con forma de inicio y periodicidad y contenidos de seguimiento, e "Información por escrito para el paciente en tratamiento con ACOD", tanto sobre aspectos generales como de actuación en caso de hemorragia.

La puesta en marcha comenzó a partir de junio de 2017, motivo que impidió su inclusión en la memoria previa por el escaso periodo de aplicación.

Para la evaluación de la implementación del mismo, se continuó con la metódica del estudio ACO-ZAR II, observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoría de historia clínica.

En este caso la población diana estaba formada por los 102 pacientes en tratamiento con ACOD del total de los 318 del estudio ACO-ZAR II.

Respecto a las fuentes de información para la obtención de datos:

Se definió como condición indispensable para considerar la puesta en marcha del protocolo, la existencia de episodio abierto en OMI-AP específico de tratamiento con ACOD, en sus diferentes opciones.

La asociación de comorbilidades se definió por la existencia de episodio abierto en OMI-AP mediante codificación internacional en atención primaria (CIAP).

El registro de peso se consideró válido si estaba realizado a partir de julio de 2017 y el registro del riesgo tromboembólico y de idoneidad de la indicación de ACO, por la existencia de volcado en episodio de FA o tratamiento anticoagulante, de la escala CHADS2-VASC, incluida en protocolos de OMI-AP.

Se consideró existencia de tipificación válida de función renal, ante determinación de estimación de Filtrado glomerular, eFG (ml/min/1,73 m²) en el último año, definiéndose en caso de enfermedad renal crónica los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

grados G3a (59-45), G3b (44-30), G4 (29-15) y G5 (<15).

Como controles de enfermería se admitieron todas aquellas reseñas de dichos profesionales colgadas en el episodio de tratamiento con ACOD durante el último año.

Para la evaluación de la frecuencia de actividad médica, se consideraron los controles analíticos que incluyeran función renal, tanto de AP como de AE, recogidos en Historia clínica electrónica (HCE) en el último año de visado de inspección, según el criterio especificado en el protocolo, basado en las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología (SEC), según edad del paciente, existencia de comorbilidades y función renal por estimación del filtrado glomerular (MDRD-4 o CKD-EPI).

Los datos de tratamiento con ACOD se obtuvieron de receta electrónica.

El análisis de resultados se realizó durante diciembre de 2018 mediante el paquete estadístico SPSS 2015, tras 18 meses de la puesta en marcha del protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Recordar que los indicadores y estándares de ACO-ZAR II se establecieron a partir de los resultados del estudio ACO-ZAR I, por comparativa, cuando se disponía de un indicador de referencia nacional, o por consenso del equipo, en el caso de que este dato no estuviera disponible.

En el objetivo que nos ocupa de empleo seguro de los ACOD, en ZAR-ACOD se seleccionaron los siguientes indicadores:

I. Del Inicio de tratamiento con ACOD, con inclusión en protocolo:

I1. N.º de episodios específicos de Tratamiento con ACOD.

II. Del seguimiento de tratamiento con ACOD:

o Respecto a contenidos:

• Para la consulta de enfermería (CE):

I2. Registro de peso. Estándar 1/año

• Para la consulta Médica (CM):

I3. Registro de CHADS-VASc. Estándar 1/año

I4. Valoración de función renal. Estándar 1/año

o Respecto a frecuencia:

• Para la consulta de enfermería:

I5. N.º CE anual. Estándar 6/año

• Para la consulta Médica: Valoración analítica según condición de fragilidad:

I6. Edad = 75 años. Estándar 2/año

I7. Asociación con comorbilidad. Estándar 2/año

I8. Función renal: En G3a y b: Estándar 2/año y en G4 Estándar 4/año

De los indicadores de ZAR-ACOD no disponemos de valores de referencia nacionales ni previos del centro de salud, salvo para el de captación por inclusión en protocolo específico de manejo (Resultado de partida de 21,9%). En el resto, hemos fijados como estándares las recomendaciones de la SEC, cuando existen.

Los resultados de la encuesta de empleo de ACOD

• Del grupo de ACOD que incluía a 102 pacientes se realizaron un total de 65 encuestas, lo que supone una participación del 63,72%.

• Respecto a la información recibida por el usuario de ACOD:

- Un 15,4% no sabía que tomaba un anticoagulante.

- Hasta en un 43,1% no recibieron información sobre el ACOD en el momento de la prescripción.

- Solo un 21,5% recibió información por escrito.

- Respecto a los contenidos de la información, se contemplaron: la importancia de la adherencia, la actuación en caso de olvido, la necesidad de seguimiento en consulta, el riesgo de sangrado, interacciones medicamentosas y actuación en caso de hemorragia. En Atención Especializada (AE), los contenidos más abordados fueron la importancia de la adherencia con un 84% y la necesidad de seguimiento con un 68,42%. En AP a la cabeza se encontró la información sobre el riesgo de sangrado con un 100%, seguido de la importancia de la adherencia con un 90%. La necesidad de seguimiento se abordó en el 60%.

• La adherencia correcta de los tratamientos con ACOD admitida por el paciente fue del 100%.

• Respecto al seguimiento:

- Reconocían un seguimiento periódico en la consulta un 66,2%.

- El seguimiento era fundamentalmente a expensas de Médico de AP (por CE en un 2,3%, MAP 58,1% y conjunta 39,5%)

• Satisfacción: Se sentían satisfechos o muy satisfechos el 66,1%, con satisfacción neutra el 21,5% y con poca o muy poca satisfacción el 12,3%.

Los resultados del subestudio ZAR-ACOD, muestran:

Un incremento de la captación de manejo de ACOD de un 12,2% del objetivado en 2017 (con paso de 21,9% a 34,1%) (I1)

Respecto a la adecuación de contenidos, pese a ser datos claves en la indicación y el ajuste de dosis, no existe registro de peso en un 18,7% (I2), del CHADS-VASC en el 41,8% (I3) y de la función renal en el 8,8% (I4).

Respecto al seguimiento en consulta de CE (I5), hasta en el 90,1% del total de pacientes con ACOD y en el 71% de los captados en el protocolo, no existe ninguna CE específica para ello y en los escasos pacientes seguidos por CE, en el 100% ha sido con frecuencia inferior a la recomendada en el protocolo de cada 1,5-2 meses (6-8 consultas al año) en línea con las recomendaciones de la SEC.

En lo concerniente al seguimiento en CM, contemplando las recomendaciones de la SEC sobre la frecuencia de controles analíticos según condición de fragilidad, resulta correcto en solo un 39,3% de los pacientes =75 años (I6), 38% en coexistencia con comorbilidad (I7) y en el 25% de pacientes con enfermedad renal crónica (I8), no siguiéndose las recomendaciones de frecuencia de control analítico en el 100% de ERC G4 y en el 50% de los G3. Y hasta en un 16,5 % de nuestros pacientes con ACOD existía interacción medicamentosa con ISRSS (sertralina),

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Amiodarona, Diltiazem, Dronedarona, AINES y AAG.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cada vez son más los pacientes subsidiarios de la anticoagulación oral (ACO), fundamentalmente por FA, indicación de anticoagulación crónica por excelencia e importante problema de salud pública, donde sólo el tratamiento antitrombótico se ha demostrado capaz de modificar su historia natural. Esto ha hecho que las principales sociedades científicas consideren la profilaxis tromboembólica como la estrategia fundamental a plantear en todos los pacientes con FA y, por tanto, el empleo de la ACO, ante indicación individualizada por riesgo tromboembólico, es inexcusable dentro de una práctica clínica de calidad.

Además, el paciente que sufre FA es habitualmente un paciente frágil, por edad elevada, múltiple comorbilidad asociada y polimedicación, lo que le convierte en el prototipo de paciente crónico-complejo y subsidiario de un abordaje integral y manejo multidisciplinar, donde AP tiene un importante peso específico, por porcentaje de pacientes diagnosticados y seguidos en nuestras consultas, no pudiendo eludir esta responsabilidad.

Con la ampliación de la oferta de los anticoagulantes orales se produce un cambio en el paradigma de la anticoagulación y ante esto, es inevitable plantearse la necesidad de adaptar el modelo de gestión de la ACO existente hasta ahora, que por otro lado se ha demostrado poco eficiente, a la vista de la situación precaria de la anticoagulación a nivel nacional.

La incorporación de los ACOD, con características farmacológicas diferentes, modifica las necesidades de manejo y obliga a plantear nuevos sistemas de gestión, teniendo en consideración no solo a los profesionales sanitarios implicados, sino también a la administración sanitaria y a los propios pacientes. En efecto, estos sistemas de gestión deben supeditarse a la realidad de nuestra normativa nacional, por lo que más allá de conocer las recomendaciones de las principales sociedades científicas, tenemos que adaptarnos a las recomendaciones de la AEMPS y a las de la SECA.

En el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS), el empleo de los ACOD en FANV para prevención del ictus y del embolismo sistémico, está delimitado por el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de AEMPS. El IPT del 23 de diciembre de 2013, reconoce que los tres ACOD comercializados hasta entonces han demostrado un beneficio-riesgo favorable frente a los AVK en diversas condiciones clínicas y se nos plantea una introducción prudente. Así, se especifica de forma pormenorizada como hacer la elección del anticoagulante oral, aspecto que queda controlado con la supeditación al visado de inspección. Sin embargo, el mencionado informe es menos explícito y detallado en lo relativo al seguimiento, indicando solo la necesidad de que sea frecuente y realizado por personal cualificado y con la recomendación de que los centros sanitarios dispongan de protocolos de actuación para su manejo.

La SECA, paralelamente, elabora una serie de recomendaciones de buena práctica para el uso seguro de ACOD en pacientes anticoagulados. En conclusión, la SECA recoge la necesidad de actividades formativas de los profesionales sanitarios, la formación e información de pacientes con soporte unificado y por escrito y la elaboración de procedimientos normativos de trabajo que disminuyan la variabilidad de la práctica clínica.

En esta línea nos planteamos dentro del estudio ACO-ZAR II la formación del profesional sanitario mediante sesiones clínicas, la creación de una guía de manejo rápido y la elaboración del "Protocolo de Manejo de ACOD en el CS las Fuentes Norte", con objetivo de mejorar la gestión de los mismos asegurando una práctica clínica de calidad.

En el IPT del 23 de diciembre de 2013, se recoge en su sección 3 el criterio de indicación de tratamiento anticoagulante oral en pacientes con FANV. En la actualización del IPT del 21 de noviembre del 2016 se modifica la escala de evaluación de riesgo tromboembólico, adoptándose el CHADS-VASC =2. La evaluación del riesgo hemorrágico se realizará por la escala de puntuación HAS-BLED. Ambas escalas disponibles en Protocolos de OMI-AP.

En el mismo IPT queda definido el criterio de elección del tipo de tratamiento ACO en su sección 4, apartado 2, de modo que las situaciones que permiten el empleo de ACOD de inicio serían la hipersensibilidad o contraindicación conocida a dicumarínicos, antecedentes de hemorragia intracraneal o el ictus isquémico con criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC. En el resto de situaciones, está supeditado a los dicumarínicos por la imposibilidad de acceso al control de INR convencional, tratamientos con acenocumarol con imposibilidad de mantener un control de INR dentro de un TRT pese a un buen cumplimiento terapéutico y episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de tratamientos con AVK con INR bien controlados. En definitiva, se trataría de una segunda opción terapéutica. Todo esto habiéndose descartado contraindicación de ACO (sección 4, apartado 3).

Tras lo dicho, solo queda precisar quién debe realizar la indicación, y dado que la indicación de ACO viene ligada al mismo diagnóstico, se podrá realizar tanto desde AP como desde AE. Incidir en que, respecto a la indicación de los ACOD, es prioritario seleccionar adecuadamente a los mejores candidatos, en base a criterios bien definidos en las recomendaciones nacionales del IPT. Parece lógico comenzar por aquellos pacientes que por diversos motivos no puedan acceder a la monitorización del INR, hecho nada infrecuente en una población mayor con importante pluripatología, máxime en un territorio tan disperso como es nuestra CCAA, o con los que no mantengan un TRT adecuado con acenocumarol (sintrom®), también circunstancia excesivamente frecuente, que más allá de no proteger al paciente, lo somete a riesgos innecesarios. Y nadie más indicado que AP, por su accesibilidad y conocimiento del paciente, para localizar estas circunstancias y contribuir a la elección de la mejor opción terapéutica.

El inicio de tratamientos con ACOD está contemplado en la sección 5 del IPT del Ministerio de Sanidad como "Precauciones en el inicio y seguimiento del tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular no valvular". No podemos evitar insistir en que el tema se aborda de forma mucho más somera que lo referente a la selección del ACO. El primer punto a desarrollar sería quien debe iniciar el tratamiento con ACOD. Como en el caso de la indicación, parece lógico que los profesionales responsables de atender las diferentes circunstancias clínicas que aconsejan su empleo sean los que inicien su manejo. El cómo iniciarlo queda sistematizado en la Guía rápida de manejo de ACOD de forma sencilla.

En cuanto al seguimiento de los ACOD, presenta unas peculiaridades de manejo, por sus características propias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

y diferenciales con los AVK, como son la sencillez, el efecto previsible a dosis fija sin apenas interacciones medicamentosas, o la comodidad de su uso, por la ausencia de necesidad de monitorización. Pero no debemos olvidar que se trata igualmente de anticoagulantes, de modo que se tendrán que mantener las mismas precauciones y recomendaciones que con los dicumarínicos.

En definitiva, pese a que los ACOD permiten más flexibilidad de manejo que los AVK, es necesario desarrollar un programa de adherencia y seguimiento que optimice los resultados clínicos y prevenga las posibles complicaciones de uso. En la misma Guía rápida de manejo de ACOD se definieron la periodicidad y contenidos de estos controles, tanto para la CM como para la CE, seguidos en el "Protocolo de Manejo de ACOD en AP".

Los resultados de la evaluación de la implementación de dicho protocolo tras un año y medio, en el subestudio ZAR-ACOD, nos han mostrado que, respecto a la gestión de los ACOD, la formación del profesional sanitario y la elaboración de Guías de manejo rápido han sido eficientes en la captación del protocolo y en su inicio correcto, pero insuficientes para conseguir un seguimiento adecuado y en suma para garantizar la práctica clínica de calidad de manejo de los ACOD buscada.

Por tanto, el modelo de gestión aplicado en ACO-ZAR II ha resultado satisfactorio en general, como vimos en la memoria previa, en el intento de equipararnos a la situación nacional, todavía por mejorar, en lo que a infratratamiento, control subóptimo y manejo por AP se refiere, pero insuficiente en el reto de la gestión de los ACOD, hecho que nos hace reflexionar sobre la necesidad de apoyos técnicos, como recomendaba la SECA. De aquí surge la "Propuesta de Modificación del soporte informático OMI-AP", con la inclusión de un plan de cuidados personales, PCP-TRATAMIENTO DE ACOD, trasladado al Grupo Autonómico de anticoagulación oral.

Para concluir, insistir en que tras la concienciación de AP sobre su responsabilidad en dispensar una práctica clínica de calidad, garantizando la anticoagulación oral a todo paciente subsidiario y en la alternativa más óptima, surge la necesidad, tanto de salvaguardar la seguridad del usuario de ACOD, mediante la información y fomento de la adherencia terapéutica, como de respaldar al profesional implicado, creando una cultura de utilización, con programas de capacitación y protocolos de actuación con un soporte adecuado, que orienten su actividad diaria de forma sencilla, segura y responsable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/437 ===== ***

Nº de registro: 0437

Título
OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GARCIA ROY AFRICA, SARSA GOMEZ ANA, BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL, URIEL PEREZ JOSE ANTONIO, EZQUERRO CORDON ASCENSION, LAMANA LASHERAS MARIA JOSE, VALLES LOBATO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fibrilación auricular (FA) es un importante problema de Salud Pública por prevalencia y morbimortalidad asociada, fundamentalmente por eventos tromboembólicos, donde la anticoagulación oral (ACO) es la piedra angular del tratamiento, al ser la única capaz de reducirlos y que en la actualidad ofrece diferentes alternativas, Dicumarínicos y Anticoagulantes orales directos (ACOD).
Por otra parte, los pacientes con FA son controlados mayoritariamente en Atención Primaria (AP) y son frágiles por edad avanzada, comorbilidad asociada y polifarmacia. Por tanto somos responsables de garantizar la opción más favorable de tratamiento efectivo en un problema de gran magnitud y en una población especialmente vulnerable. En el elevado número de pacientes con FA atendidos en nuestro centro de salud (CS) se objetiva un infratratamiento de ACO, controles subóptimos de los tratamientos con acenocumarol y alto porcentaje de controles desde hematología.
Esto supone un empeoramiento de nuestra calidad asistencial por la pérdida del efecto protector antitrombótico perseguido y de la continuidad de seguimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

Vistos los resultados de nuestro estudio de línea de mejora del 2015 sobre ``Características clínico-epidemiológicas y de manejo del paciente con FA atendido en el CS Las Fuentes Norte`` nos planteamos como objetivo general optimizar el manejo de su anticoagulación oral, equiparándolos al menos con los observados a nivel nacional, mediante los siguientes objetivos específicos:

- I. Asegurar la evaluación del riesgo tromboembólico y hemorrágico a todo paciente con FA seguido en nuestro CS.
- II. Garantizar ACO a todo paciente con FA que tenga indicación para la misma.
- III. Garantizar la calidad de la ACO ofreciendo la opción más adecuada de las disponibles según la legislación vigente (Informe de Posicionamiento terapéutico del Ministerio).
- IV. Asumir el mayor control posible de la ACO desde AP.

MÉTODO

Tras la divulgación al equipo de los resultados del estudio del 2015, se determinarán las debilidades y los objetivos a conseguir, por comparativa cuando se disponga de un indicador de referencia nacional o por consenso del equipo en el caso de que este dato no esté disponible.

Se facilitarán los listados de pacientes con FA por CIAS y se procederá a la capacitación del equipo mediante talleres impartidos por los componentes de la línea de mejora, según cronograma preestablecido, con soporte por escrito de material de consulta rápida.

Se solicitarán a los servicios responsables las adaptaciones pertinentes del soporte informático para la puesta en marcha del Protocolo de manejo de ACOD del CS Las Fuentes Norte (diversificación de episodios de anticoagulación B-83, información por escrito para el paciente, adaptación de los sistemas de seguimiento para control de adherencia terapéutica por Morisky-Green, etc) así como cauces de comunicación fluida con las especialidades implicadas.

La reevaluación se realizará repitiendo la metodología del estudio previo observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoría de historia clínica, ampliado en las variables añadidas, de la población con registro de episodio de FA y seguimiento continuado, de los 22513 usuarios del CS.

Las fuentes de información serán la historia clínica para la variable principal y comorbilidades, receta electrónica para los tratamientos asociados y los programas informáticos TAOnet y Gota para la evaluación de los INR en AP y hematología respectivamente.

Para el análisis de resultados se empleará el paquete estadístico SPSS.

Se complementará con evaluación mediante encuesta estructurada a los pacientes en tratamiento con ACOD.

Las conclusiones servirán para la definición de nuevas líneas de mejora.

INDICADORES

Abordando los objetivos específicos mencionados:

- I- II. Porcentaje de pacientes con registro en historia clínica de Riesgo tromboembólico y hemorrágico por escalas específicas al respecto (CHADS-VASc Y HAS-BLED).
- I2. Porcentaje de pacientes con indicación de ACO por CHADS-VASc = 2 que la siguen.
- I3. Porcentaje de pacientes con Antiagregación oral como prevención primaria.
- I4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol controlados en AP con control óptimo por Tiempo en rango terapéutico directo (TRT) = 60% en los últimos 6 meses.
- I5. Porcentaje de pacientes seguidos en hematología con últimos 3 INR en rango.
- I6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol seguidos por AP.
- I7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con ACOD incluidos en protocolo específico de manejo.
- I8. Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD.

Dichos indicadores se integraran en las actividades previstas según diagrama de flujo previamente establecido.

DURACIÓN

De octubre 2016 a junio de 2017.

OBSERVACIONES

Dado el ambicioso contenido del proyecto y en base a la limitación de los recursos humanos disponibles, el proyecto debiera desarrollarse secuencialmente durante más de un año, con las ampliaciones pertinentes según resultados y objetivos propuestos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0451

1. TÍTULO

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE ARMALE CASADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTES LOPEZ CARMEN
FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS
EZQUERRO CORDON ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un cuestionario tipo test para medir el nivel de conocimientos en el cuidado de heridas crónicas con 16 preguntas. El test se pasó a los estudiantes de grado de enfermería al inicio de su ciclo de prácticas en el centro de salud y a los profesionales de enfermería de nueva incorporación previo al inicio del taller y a todos al final del taller.

Para la prueba de competencias objetivas en el cuidado de heridas crónicas se realizaron videograbaciones a todos los participantes donde se evaluaba siguiendo los criterios de las guías de practica clinica la valoración la herida y su tratamiento.

El taller consiste en 3 sesiones de 90 minutos de duración cada una de ellas; 2 sesiones con impartición de teoría y 1 práctica con el visionado y análisis de grabaciones. En total se han realizado 4 talleres durante la duración del proyecto.

Los datos obtenidos han sido dados a conocer a todos los participantes del proyecto y al resto del equipo en una sesión clínica.

El cumplimiento del cronograma se ha realizado en los plazos establecidos.

Los recursos humanos empleados han sido 7 profesionales de enfermería: 5 enfermeras y 2 EIR de enfermería familiar y comunitaria. Como recursos materiales se precisó de una videocámara y proyector y diferente material de curas de heridas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Participantes:36 estudiantes de grado de Enfermería y 10 enfermeros de reciente incorporación en nuestro centro de salud.

Resultados del test de conocimientos: La media de respuestas acertadas entre los estudiantes de Enfermería antes del taller es de 8 (50%) sin diferencias significativas entre universidad pública o privada o entre sus primeras prácticas o siguientes, al finalizar el taller la media de aciertos es de 13,3 (81%), habiendo aumentado sus conocimientos teóricos un 31%.

Los profesionales empezaban con un nivel de conocimientos del 75% (12respuestas correctas) y terminaron con un 98% (15,8 respuestas correctas).

Resultados de las videograbaciones entre los estudiantes: distinguen la etiología de las heridas en un .72,3%, valoran correctamente el estado de la herida (tamaño, lecho, bordes, signos de infección un 86,5%, eligen el tratamiento mas adecuado a cada caso siguiendo el procedimiento TIME un 74,3%.

Ha existido un nivel de participación del 100% tanto entre los estudiantes de pregrado como de los profesionales de nueva incorporación.

El aumento de conocimientos en el cuidado de heridas ha sido de un 31% entre los estudiantes de grado de enfermería y un 23% entre los enfermeros.

El conocer el procedimiento TIME para la valoración de heridas y su puesta en práctica como presentar todos los productos existentes en el mercado para el tratamiento de las heridas ha sido valorados muy positivamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este proyecto se ha intentado mejorar la calidad de cuidados enfermeros y disminuir la variabilidad de práctica clínica en el cuidado de heridas crónicas, tanto en su prevención como en su tratamiento implementando las nuevas recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Tras valorar la buena acogida y resultado del proyecto, nuestro empeño se canaliza hacia la realización de una nueva edición de los talleres siempre que vengan a formarse a nuestro centro de salud estudiantes de grado de Enfermería y daremos la oportunidad de asistir también si lo creen necesario los compañeros enfermeros que se van incorporando a la Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/451 ===== ***

Nº de registro: 0451

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0451

1. TÍTULO

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS

Autores:
ARMALE CASADO MARIA JOSE, LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, ANDRES AGORRTEA PATRICIA, MARTES LOPEZ CARMEN, FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS, EZQUERRO CORDON ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tratamiento de las heridas crónicas y su prevención supone un reto para enfermería. Una mejora en la calidad de los cuidados enfermeros viene determinada por recibir una formación adecuada. Percibimos una carencia formativa en este tema tanto a nivel pregrado como postgrado.

RESULTADOS ESPERADOS

-Valoración de los conocimientos teóricos y de las habilidades prácticas en materia de cuidados de heridas crónicas previos a su estancia clínica en el CS de los estudiantes de enfermería y profesionales de nueva incorporación.

-Diseñar 1 taller formativo de cuidado de heridas crónicas (3 sesiones).

-Evaluar el impacto de nuestra actuación en los estudiantes de enfermería y profesionales.

-Incrementar los conocimientos y habilidades de los estudiantes de enfermería en materia de heridas crónicas y profesionales de enfermería.

-Mejorar la calidad asistencial en el tema de cuidados de heridas.

MÉTODO

-Diseño de un cuestionario sobre conceptos teóricos en el cuidado de heridas crónicas.

-Diseño de una prueba de competencias objetivas en el cuidado de heridas crónicas.

-Recogida de datos y análisis de los mismos por los miembros del equipo de mejora.

-Elaboración de taller formativo en cuidado de heridas crónicas.

Actividades:

-Cumplimentación del cuestionario en el cuidado de heridas crónicas pre y post estancia clínica en el CS.

-Videograbación.

-Puesta en marcha del taller formativo.

-Difusión de los datos obtenidos.

Recogida de datos: M^a Luisa Lozano del Hoyo, Patricia André Agorreta, Carmen Martes López, M^a José Armalé Casado.

Diseño de cuestionario: Patricia André Agorreta, Carmen Martes López.

Taller formativo: M^a Luisa Lozano del Hoyo, Patricia André Agorreta

Carmen Martes López, M^a de los Desamparados Forés Catalá, Ascensión Ezquerro Cordón, M^a José Armalé Casado.

Evaluación de encuestas y videograbaciones: M^a Luisa Lozano del Hoyo, Patricia André Agorreta, Carmen Martes López,

M^a de los Desamparados Forés Catalá, Ascensión Ezquerro Cordón, M^a José Armalé Casado.

Difusión de resultados: M^a Luisa Lozano del Hoyo, Carmen Martes López, M^a José Armalé Casado, Desamparados Forés Catalá.

INDICADORES

-Encuesta de conocimientos. Mejora de conocimientos teóricos un 20%

-Mejora de estándares de calidad en cuidados de heridas crónicas según guías de práctica clínica en un 20% evaluado a través de la videograbación.

DURACIÓN

Duración: julio 2016 - julio 2017.

Recogida de datos, bibliografía: julio-agosto.

Diseño de cuestionario y taller formativo: septiembre.

Intervención educativa: de septiembre 2016 a abril de 2017.

Evaluación parcial: noviembre, febrero, abril y junio

Evaluación final: junio 2017.

Difusión: julio 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0451

1. TÍTULO

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE TAMARA RODRIGUEZ POLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El método de trabajo debe permitir tratar las vivencias, percepciones e interpretaciones de las usuarias asumiendo la realidad dinámica y subjetiva de este fenómeno y por ello, se ha elegido la metodología cualitativa con un abordaje etnográfico.

Los escenarios del proyecto van a ser el C.S Fuentes Norte y la Fundación el Tranvía.

Las participantes van a ser las mujeres de etnia gitana de la localidad de Zaragoza en edad fértil y sexualmente activas.

La captación se realizará principalmente en el barrio de Las Fuentes a través del criterio metodológico "bola de nieve".

ACTIVIDAD 1: "Soy gitana, soy mujer y este es mi cuerpo".

Tras una breve lectura, se lanzarán una serie de preguntas con el objetivo de que las participantes identifiquen cuáles son las características que les representan como mujeres. Se proyectará posteriormente de forma didáctica las características anatómicas y fisiológicas del cuerpo femenino.

La primera sesión tendrá una duración de dos horas aproximadamente.

ACTIVIDAD 2: "El ciclo menstrual"

Se realizará una breve presentación en donde se pondrá énfasis a las características del ciclo menstrual femenino.

Se repartirá a las participantes un calendario menstrual en donde ellas puedan identificar en que momento del ciclo se encuentran así como las características físicas y emocionales que representan en cada momento del ciclo menstrual.

La segunda sesión tendrá lugar en el C.S Fuentes Norte y tendrá una duración aproximada de 2 horas y 30 minutos.

ACTIVIDAD 3: "Mitos y realidades".

De acuerdo a la información de diferentes investigaciones acerca de las diferentes presentaciones, valores y creencias de las mujeres gitanas acerca del significado del cuerpo y aspectos relacionados con la fecundidad, se expondrán diferentes mitos y creencias con el objetivo de que ellas identifiquen su grado de acuerdo y desacuerdo.

ACTIVIDAD 4: "Planificación familiar".

Se lanzarán varias preguntas abiertas creando grupo de discusión acerca de qué se entiende por método planificación familiar.

La tercera parte del proyecto estará protagonizada por los profesionales de la salud y el objetivo de este apartado es identificar los prejuicios y estereotipos. Para ello, se pasará un cuestionario para identificar prejuicios y estereotipos sobre la población gitana

CRONOGRAMA

Duración total del proyecto: seis meses.

Octubre 2016: Captación activa de los participantes.

Noviembre 2016: Preparación de la sala, materiales y análisis de cuestionario.

Diciembre 2016: Primera sesión y registro de indicadores.

Enero 2017: Segunda sesión y registro.

Febrero 2017: Encuentro entre los profesionales y planteamiento de propuestas

Marzo 2017: Redacción de memoria y conclusiones del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realiza una memoria de la actividad dirigida a la mujeres de etnia gitana en relación al uso y conocimiento de métodos anticonceptivos de acuerdo a los valores, creencias y prácticas de su propia cultura. Se ha realizado la sesión clínica con la colaboración del centro social Fundación El Tranvía en el barrio de Las Fuentes (Zaragoza), realizando una captación de las mujeres gitanas por parte del C.S Fuentes Norte a través de un desayuno saludable y distendido donde se propuso tratar temas de planificación familiar.

Título actividad: DESAYUNOS CON TAMARA.

Responsable actividad: Tamara Rodríguez Pola.

Observadores no participantes: Amparo Forés Catalá (Enfermera) y estudiante de enfermería del C.S Fuentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Norte

El escenario donde se ha realizado el encuentro con las mujeres gitanas ha sido la Fundación El Tranvía, a petición de las mujeres que participaron en el grupo. Las participantes mujeres de etnia gitana de la localidad de Zaragoza, realizando su captación principalmente en el barrio de Las Fuentes.
Participantes: Acudieron 7 mujeres, de edades comprendidas entre los 30 y 55 años aproximadamente. Todas ellas gitanas excepto una joven que suizo participar que era procedente de Republica Dominicana.

ACTIVIDAD 1: Se presenta la actividad que lleva por título: "Marcianos en Las Fuentes"

Descripción: "Aterrizo en Las Fuentes una nave espacial llena de marcianos ansiosos por conocer nuestro planeta y a los habitantes que vivimos aquí. Para nuestra sorpresa, ¡Todos los marcianos son iguales! En nuestra tierra tenemos algunas diferencias así que tendremos que explicar qué es una mujer y qué es un hombre y las características de cada uno para que conozcan cómo es nuestra especie".

Las respuestas fueron las siguientes:

"Podemos tener hijos. Hace falta un hombre pero el principal trabajo es nuestro"

"Tenemos un sexto sentido".

"Nuestro carácter es diferente"

"Nosotras las gitanas somos diferentes al resto, nos dedicamos más a la casa, a la familia, al marido..."

ACTIVIDAD 2: "El ciclo menstrual".

Descripción: "Sara acaba de cumplir doce años, tiene el pelo ondulado y los ojos perlados. Le gusta montar en bicicleta, ir a la piscina y el bizcocho de su abuela Carmen. Una mañana, al despertarse de la cama, Sara vio que había manchado de sangre la sábana azul turquesa. Se miró bien en el espejo para ver dónde quedaba esa herida que se había abierto mientras dormía...pero no la encontró. ¿Alguna se ha sentido identificada con Sara?"

Evaluación de la actividad: Una vez realizada esta breve introducción, se realizó una breve presentación en donde se puso énfasis a las características del ciclo menstrual femenino. Se repartieron a las participantes un calendario menstrual en donde ellas pudieron identificar en que momento del ciclo se encontraban, así como las características físicas y emocionales que representaban en cada momento del ciclo menstrual.

La explicación del ciclo menstrual fue interrumpida con las siguientes preguntas: ¿Qué días somos más fértiles?, " Si tomo la píldora y me olvido, ¿me quedo embarazada?"

Se hablo del Síndrome Premenstrual. Las respuestas de las participantes fueron las siguientes:

"Nos cambia el carácter"

"Estamos más depresivas y hambrientas"

"Me duelen los pechos y la espalda"

ACTIVIDAD 3: " El semáforo"

Descripción: De acuerdo a la información de diferentes investigaciones acerca de las diferentes presentaciones, valores y creencias de las mujeres gitanas acerca del significado del cuerpo y aspectos relacionados con la fecundidad, se expusieron diferentes mitos y creencias comunes con el objetivo de que ellas identificasen el grado de acuerdo y desacuerdo con la ayuda de los colores del semáforo:

Rojo: "Totalmente desacuerdo"

Amarillo: "Ni acuerdo ni desacuerdo"

Verde: "Totalmente de acuerdo"

A continuación se presentan algunas de las afirmaciones que se realizaron y las respuestas de las participantes:

1: A partir de los 40 años no me puedo quedar embarazada.

Respuesta No les gustaría pero están de acuerdo en que sí se puede.

"Hasta que no llega la menopausia podemos quedarnos embarazadas".

2: Si tomas mucho vinagre en el embarazo el niño nace con poco pelo.

Respuesta: Lo han oído. Reconocen que la ingesta de vinagre les provoca mucha acidez. En cambio, si creen en los antojos y marcas de nacimiento.

3 :Puedo quedarme embarazada aunque esté dando el pecho.

Respuesta: Sí, todas lo afirman con seguridad

4: Cuando estás embarazada, es bueno lavarse los genitales varias veces al día y con agua caliente.

Respuesta: "La higiene debe de ser la misma, pero cn agua tibia, no muy caliente"

ACTIVIDAD 4: Planificación familiar

Descripción: Se lanzaron varias preguntas abiertas creando grupo de discusión acerca de qué se entiende por método planificación familiar. El objetivo de esta actividad era resolver dudas y preguntas acerca de los diferentes métodos respetando sus preferencias.

Evaluación de la actividad: Se explicaron los diferentes métodos anticonceptivos mostrando muestras de ellos. La mayoría conocen los métodos naturales (calendario, temperatura basal, control del flujo...) pero reconocen que nos son fiables. En cuanto a la actividad, hubo controversia en las mujeres respecto a las preferencias

Anillo vaginal: En general no les gusta. " Yo no me lo pondría", "Yo no sabría"

Parche: " No se mueve, está bien"

Anticonceptivos orales: Muestran preferencia a los anticonceptivos orales mostrando como inconveniente el olvido de las tomas. Se explican los márgenes de seguridad.

DIU (dispositivo intrauterino): " Ay que miedo", " Me lo compré y lo devolví". Una de las participantes comenta que está contenta con esta medida pero que la asocia con ganancia de peso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Implante: No lo conocían.

Métodos quirúrgicos. Dos de las participantes se habían realizado ligadura de trompas.

Métodos de barrera: No sabían que existía el preservativo femenino.

Para finalizar la actividad, además de las recomendaciones médicas de cada paciente se les recomienda elección del método anticonceptivo en función de tres preguntas.

1- ¿Qué tipo de pareja tengo?

2- ¿ Quiero tener más hijos?

3- ¿ Cuánto dinero puedo gastarme?

ACTIVIDAD: ¿Cuál le recomendarías?

Descripción: Se exponen cuatro situaciones de mujeres que desean realizar una planificación familiar. Por grupos y con ayuda del material entregado en la actividad anterior, llegan a un acuerdo para recomendar a dichas mujeres los métodos de planificación familiar que creen más adecuados para ellas según sus necesidades.

Lola tiene 18 años. No tiene pareja estable pero desde hace dos meses tiene relaciones sexuales con Carlos que es un poco más mayor que ella. Lola tiene miedo de quedarse embarazada o de tener alguna enfermedad de transmisión sexual de las que le han explicado en el instituto. Viene a nuestra consulta a pedir información. ¿Qué le recomendarías?

RECOMENDACIÓN: Preservativo.

María acaba de cumplir cuarenta años. Tiene tres hijos y actualmente está dando el pecho a su hija Marta. Marta ha cumplido un año pero le encanta la teta de mamá. Durante este año no ha tomado ninguna precaución al tener relaciones sexuales pero ahora que Marta se hace más mayor y toma menos pecho, María está preocupada por si puede volver a quedarse embarazada. ¿Qué crees que podría ser lo más adecuado para ella?

RECOMENDACIÓN: Anticonceptivos orales compatibles con lactancia materna.

Paula va a dar a luz en mes. Es su cuarto hijo. Nos cuenta en la consulta que está muy feliz por el nuevo nacimiento de su bebé pero tiene problemas económicos y teme volver a quedarse embarazada. Su marido no quiere usar el preservativo y ella dice que le sientan muy mal las píldoras anticonceptivas. Viene a nuestra consulta dispuesta a encontrar una solución. ¿Qué le recomendarías?

RECOMENDACIÓN: Implante o ligadura de trompas

Isabel tiene 24 años y acaba de casarse con su novio Raúl. Los dos han hablado de que les encantaría ampliar la familia pero Isabel quiere esperar un año para poder así terminar sus estudios de magisterio. Por sus creencias, Isabel es algo reticente a utilizar métodos anticonceptivos artificiales y viene a nuestra consulta a buscar información. ¿Qué le dirías?

RECOMENDACIÓN: Preservativo o DIU

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se realizó observación no participante por 2 observadores de manera . Recogida de información no estructurada, relato del encuentro con transcripción literal de intervenciones más significativas. Se destacan los momentos relevantes: silencios, dinámica entre ellas, risas, bromas.... Posteriormente se realiza transcripción y análisis, contrastando lo recogido por los dos observadores.

Buena valoración de la experiencia por parte de las mujeres, mostraron gran interés y manifestaron estar interesadas en realizar más encuentros.

Valoración positiva de la experiencia por los profesionales del C. de Salud.

Interesante llevar a cabo otros encuentros similares.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/991 ===== ***

Nº de registro: 0991

Título
PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Autores:
RODRIGUEZ POLA TAMARA, FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La etnia gitana, se trata de la minoría étnica más numerosa e importante en nuestro medio en la que se observan importantes diferencias culturales respecto a la sociedad mayoritaria. En base a un estudio realizado por la responsable de dicho proyecto cuyo objetivo fue comprender el conjunto de creencias, valores y prácticas que giran en torno a la fecundidad de las mujeres gitanas, se comprobó que el uso de métodos anticonceptivos está ligado a diferentes aspectos socioeconómicos y culturales. De acuerdo con la guía realizada por El ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) Y Fundación Secretariado Gitano se expone que se conoce la existencia de los distintos métodos anticonceptivos pero que muchas de las mujeres gitanas no suelen utilizarlos por las expectativas de su comunidad en relación con los aspectos reproductivos. Las generaciones más jóvenes van tomando cada vez más decisiones sobre la planificación de los embarazos. Por ello, surge la necesidad de prestar una educación sanitaria enfocada y dirigida a la comunidad gitana respetando todo el bagaje cultural que les rodea.

RESULTADOS ESPERADOS

- Potenciar la captación de la población gitana de la localidad para el desarrollo de actividades enfocadas a mejorar su salud y calidad de vida.
- Averiguar los métodos anticonceptivos que utilizan y conocen las mujeres gitanas y si esta preferencia guarda relación con las características socioculturales.
- Conocer las pautas de conducta, representaciones socialmente transmitidas y creencias respecto a los métodos de planificación familiar.
- Desmitificar ciertas ideaciones, mitos y creencias en relación a los aspectos reproductivos.

MÉTODO

Tras formular los objetivos, es necesario escoger un método de trabajo que trate las vivencias, percepciones e interpretaciones de las usuarias asumiendo la realidad dinámica y subjetiva de este fenómeno y para ello, hemos decidido utilizar la metodología cualitativa con un abordaje etnográfico. Los escenarios del proyecto van a ser el C.S Fuentes Norte y la asociación Fundación el Tranvía. Las participantes van a ser las mujeres de etnia gitana de la localidad de Zaragoza en edad fértil y sexualmente activas, realizando su captación principalmente en el barrio de Las Fuentes a través del criterio metodológico "bola de nieve". La primera sesión tendrá una duración de dos horas aproximadamente.

ACTIVIDAD 1: "Soy gitana, soy mujer y este es mi cuerpo". Tras una breve lectura, se lanzarán una serie de preguntas con el objetivo de que las participantes identifiquen cuáles son las características que les representan como mujeres. Se proyectará posteriormente de forma didáctica las características anatómicas y fisiológicas del cuerpo femenino.

ACTIVIDAD 2: "El ciclo menstrual": Se realizara una breve presentación en donde se pondrá énfasis a las características del ciclo menstrual femenino. Se repartirá a las participantes un calendario menstrual en donde ellas puedan identificar en que momento del ciclo se encuentran así como las características físicas y emocionales que representan en cada momento del ciclo menstrual.

La segunda sesión tendrá lugar en el C.S Fuentes Norte y tendrá una duración aproximada de 2 horas y 30 minutos.

ACTIVIDAD 3: "Mitos y realidades". De acuerdo a la información de diferentes investigaciones acerca de las diferentes presentaciones, valores y creencias de las mujeres gitanas acerca del significado del cuerpo y aspectos relacionados con la fecundidad, se expondrán diferentes mitos y creencias con el objetivo de que ellas identifiquen su grado de acuerdo y desacuerdo.

ACTIVIDAD 4: "Planificación familiar". Se lanzarán varias preguntas abiertas creando grupo de discusión acerca de qué se entiende por método planificación familiar. La tercera parte del proyecto estará protagonizada por los profesionales de la salud y el objetivo de este apartado es identificar los prejuicios y estereotipos. Para ello, se pasará un cuestionario para identificar prejuicios y estereotipos sobre la población gitana

INDICADORES

- Indicadores cuantitativos
- Cantidad de mujeres interesadas y cantidad de mujeres que asisten a las sesiones.
 - Rango de edad de las participantes.
 - Análisis del cuestionario realizado a los profesionales de la salud.
- Indicadores cualitativos
- Grado de participación en las actividades.
 - Percepción y opinión de las mujeres gitanas respecto a las situaciones que se van desarrollando a lo largo del proyecto.
 - Identificar los roles de género en los cuales las mujeres se sienten identificadas.

DURACIÓN

Se prevé que la duración total del proyecto sea de aproximadamente seis meses.

Octubre 2016: Captación activa de los participantes.

Noviembre 2016: Preparación de la sala, materiales y análisis de cuestionario.

Diciembre 2016: Primera sesión y registro de indicadores.

Enero 2017: Segunda sesión y registro.

Febrero 2017: Encuentro entre los profesionales y planteamiento de propuestas

Marzo 2017: Redacción de memoria y conclusiones del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1301

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 16/01/2018

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.
 ANDRES AGORRETA PATRICIA
 URIEL PEREZ JOSE ANTONIO
 SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se desarrolla en un barrio urbano. Se estudian las necesidades de educación sanitaria de la población demandante, tanto en el CS como en la Fundación el Tranvía, a través de un cuestionario. También se analizan los temas de promoción de la salud que interesa a esta población.

Tras una primera reunión con el centro social se forma un grupo de trabajo estable y multidisciplinar que realiza el proceso de análisis de los resultados de la encuesta de necesidades de salud sentidas por la población y realiza la toma de decisiones, diseña el programa de acción a llevar a cabo, propone el calendario de reuniones, estudia si se precisa una dotación económica para el proyecto y como conseguir ese recurso y se encargará de contactar con los medios de comunicación local para difundir el programa.

El centro de salud ofertará a la población de la zona una serie de charlas de educación grupal que completen y amplíen el trabajo que se realiza en consulta individual.

En el marco de esta experiencia, se intentará construir una comisión de trabajo para seguir desarrollando la promoción de la salud en el barrio.

Se diseña un programa de 6 sesiones educativas que se adapten a las necesidades de salud sentidas por la población, de dos horas de duración cada una, 3 se impartirán en el centro de salud (CS) y 3 en la Fundación El Tranvía (FT).

Sesiones:

En la Fundación El Tranvía:

- La obesidad infantil un riesgo a corto y largo plazo
- La higiene como prevención de enfermedades
- Vacunación infantil, ¿cual es su importancia?

En el Centro de Salud:

- Diabetes y obesidad. Una epidemia del siglo XXI
- Cancer. ¿Qué hay de nuevo?
- El estrés como riesgo cardiovascular.

Se publicitará en los medios de comunicación local: prensa, radio y televisión. La Fundación el Tranvía se encarga de la difusión a través de carteles en lugares de mayor confluencia vecinal: colegios, mercadillos, centros deportivos...

Los folletos informativos se solicitarán al Servicio Provincial de Salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El grupo estable se compone de 2 enfermeras, 1 enfermera residente de enfermería familiar y comunitaria del CS y 1 trabajador social de la FT.

La tabla expuesta resume los resultados de la encuesta de necesidades de salud sentidas por la población y realizada en el CS y la FT la cual es la base para este proyecto.

COMPARATIVA ENTRE LOS DOS GRUPOS:

	CS	FT
MUJERES	62'1%*	80'3%*
EDAD	56'1±15'2*	47'6±15'9*
PATOLOGÍA CRÓNICA	56%*	36'6%*
INTERÉS POR SU SALUD	90'6%*	77'4%*
INTERÉS POR SU FORMACIÓN	73'4%	66'2%
DÓNDE RECIBEN MÁS INFORMACIÓN:	CS el 63'3%*	CS el 54'9%*
DÓNDE LES SERÍA MÁS CÓMODO:	CS el 55'3%	FT el 60'6%
CÓMO LES GUSTARÍA RECIBIR FORMACIÓN:		
Prof. Sanitarios	45%	54'9%
Folletos	35'1%	25'2%
HAN ASISTIDO A CHARLAS DE EDUCACIÓN:		
En el CS		12'5%*
En otro lugar	24%	33'8%
DISPUESTOS A ACUDIR AL CS A FORMACIÓN	79'7%*	64'8%*
TEMAS:		
Enfermedades CRÓNICAS	31'7%*	21'2%*
HÁBITOS Y CUIDADOS	18'8%	23'3%
PREVENCIÓN	15'8%	12'4%
Enfermedades INFANTILES	9%*	17'2%*
Enfermedades NUEVAS	8'6%	8'2%
SALUD MENTAL	10%	10'9%
PROBLEMÁTICA SOCIAL	6'1%	6'9%

*Diferencias significativas p<0'05

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1301

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La existencia de evidencias científicas que apoyan las acciones de participación comunitaria justifican su importancia e implicación por parte de los equipos de Atención Primaria. En nuestro caso, nos encontramos con una población con alto interés por su salud y formación en temas sobre la misma y una entidad de carácter social (FT) implicada con la que trabajar conjuntamente. Tras estudiar y analizar las necesidades en temas de salud expresadas por la población de la Zona Básica de Salud de las Fuentes Norte se ha decidido la elaboración de un Programa de Salud con diferentes sesiones que intenten cubrir las expectativas y demandas de la población. Observamos que las enfermedades crónicas, los hábitos y cuidados, la prevención y las enfermedades infantiles son los temas que más interesan a ambos grupos. Se plantean temas de educación sanitaria infantil en la FT (por ser un ser un lugar de confluencia de personas más jóvenes con hijos a su cargo con predominio de inmigrantes) como vacunación infantil y su importancia, la higiene como prevención de enfermedades y la obesidad infantil, impartidas por enfermeras y un pediatra. En el CS los temas a tratar son diabetes y obesidad, influencia del estrés en el riesgo cardiovascular y relación del cáncer con los estilos de vida, sesiones impartidas por enfermeras y médicos de familia. En nuestro sector sanitarios se dispone de un gabinete de prensa que facilita la publicitación del programa en los medios de comunicación local: prensa, radio y televisión. La FT se encarga de la difusión a través de carteles en lugares de mayor confluencia vecinal: colegios, mercadillos, centros deportivos... Los folletos informativos se solicitarán al Servicio Provincial de Salud.

CONCLUSIONES

Esta actividad pretendemos que se enmarque dentro de nuestra cartera de servicios del CS y que sea un proyecto estable dentro de la FT, siguiendo un modelo inspirado en los criterios y subcriterios del modelo EFQM.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1301 ===== ***

Nº de registro: 1301

Título
LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

Autores:
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, ARMALE CASADO MARIA JOSE, ANDRES AGORRETA PATRICIA, MARTES LOPEZ CARMEN, URIEL PEREZ JOSE ANTONIO, SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ESTILO DE VIDA Y PREVENCIÓN
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Promoción de la Salud es un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud, no sólo por su condición de problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida, con la satisfacción y el disfrute. Pero para llevar a cabo las estrategias de Promoción de la salud es necesario una participación activa, que implique:desarrollar políticas que apoyen la salud, crear entornos favorables, reforzar la acción comunitaria en la toma de decisiones a cualquier nivel, adquirir aptitudes individuales para el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr opciones de vida saludables, tanto a nivel personal como social y reorientar los servicios asistenciales hacia una asistencia que realmente tenga la salud como objetivo. Habitualmente, el diagnóstico de las necesidades de salud en los centros sanitarios es un diagnóstico de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1301

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

demanda de atención y cuando se obtiene información es de los registros de las consultas sobre la población adscrita. Sin embargo, no debemos perder de vista que la no demanda en la población no usuaria también refleja indirectamente otra parte de las necesidades de salud. Esta limitación provoca que no haya una relación definida entre la identificación de las necesidades de salud y los servicios otorgados.

La AP es la puerta de entrada al Sistema Sanitario, se encarga de actuar como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos y unifica actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

En el marco de la AP, la educación para la salud es un pilar fundamental, un ejemplo lo encontramos en la Cartera de Servicios de AP del SALUD en el 2018, 25 de los 38 servicios existentes incluían aspectos de educación para la salud y 45 de 183 normas definidas en la Cartera de Servicios estaban relacionadas con actuaciones de educación para la salud (consejo individual, educación a grupos y educación con centros educativos).

Para llegar a establecer estrategias y hacer consideraciones y propuestas de mejora en promoción y educación para la salud, es necesario en primer lugar conocer las necesidades de la población con la que trabajamos. Con el Proyecto "Necesidades sentidas de formación de la población del barrio de Las Fuentes. Una oportunidad de mejora"10 hemos descubierto dichas necesidades formativas a través de una encuesta de necesidades sentidas de formación en el Centro de Salud (CS) y La Fundación El Tranvía (FT). Una vez evaluado y sabiendo de lo que partimos desde AP, tenemos la posibilidad de abordar estos problemas de salud elaborando el programa que nos ocupa.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES:

-Elaborar un programa de sesiones educativas multidisciplinares que se adapten a las necesidades de salud sentidas

por la población de la ZS Fuentes Norte

-Adecuar las sesiones educativas a las necesidades sentidas de formación sanitaria por la población de nuestra

zona básica de salud

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Ofrecer una educación grupal a la población RETO que acude al CS y a la FT

MÉTODO

Se diseña un programa de 6 sesiones educativas, de dos horas de duración cada una, 3 se impartirán en el CS y 3 en la FT.

El diseño del cronograma de sesiones formativas se ha adaptado a las necesidades sentidas y expresadas por la población usuaria del CS Fuentes Norte y la Fundación el Tranvía, dando así una cobertura específica a sus intereses. Esta oferta se prevé adaptar cada año según las necesidades de la población o poblaciones reto del barrio.

El Grupo de Formación y Educación "Las Fuentes" utilizando el Modelo Europeo de Excelencia EFQM trabajará y realizará propuestas de mejora de forma anual a los dos centros de trabajo el CS y la Fundación el Tranvía. Siempre con el objetivo de mejorar y adecuar las sesiones a las necesidades de la población y con la población.

Sesiones:

-En la Fundación el Tranvía:

-La obesidad infantil un riesgo a corto y largo plazo.

-La higiene como prevención de enfermedades.

-Vacunación infantil, ¿cuál es su importancia?

- En el CS:

-Diabetes y obesidad. Una epidemia del siglo XXI

-Cancer. ¿Qué hay de nuevo?

-El estrés como riesgo cardiovascular.

Se publicitará el servicio en los medios de comunicación radio y televisión local y mediante carteles en el CS, colegios, FT y mercadillos en la zona.

Se proporcionará material escrito a los asistentes a las sesiones relativos al tema tratado.

No se precisa dotación económica puesto que se utilizarán las instalaciones y recursos de la FT y el CS

INDICADORES

La evaluación se realizará mediante una encuesta de satisfacción y nivel de asistencia.

DURACIÓN

- Fecha inicio: 1/Junio/17
- Fecha de finalización: 31/Enero/18
- Búsqueda bibliográfica: Junio-Julio/2017
- Diseño de la encuesta: Julio/2017
- Recogida de datos: Septiembre-Noviembre/2017
- Interpretación datos: Diciembre 2017/Enero 2018
- Difusión de resultados: Febrero /2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1301

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0512

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN CHUECA RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TRAIN DE VAL ANA MARIA
JULIAN CAMPOS JUANA MARIA
MARTINEZ BERMUDEZ MARIA ISABEL
SERNA FORTEA MARIA TERESA
PAJARES CARNERERO LUCILA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5. ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante el mes de enero y febrero se gestaron las actividades que, de forma individual o por parte de la unidad básica asistencial, se iban a realizar, haciendo especial hincapié en los procedimientos a ejecutar por parte de las personas no familiarizadas con este tipo de actividad; evidentemente la auxiliar de clínica estaba mucho más al día, puesto que es parte importante de su trabajo diario.

Entre mayo y junio, en la reunión de control, ya se detectaron problemas que tratamos de resolver; la persona encargada de interactuar con el resto de enfermeras y auxiliar llevaba dos meses en IT por lo que hubo lagunas que a partir de ese momento se intentaron solucionar, integrando con su consentimiento y buena disposición a la enfermera que ocupó su puesto; entre el mes de octubre y noviembre se valoró lo realizado hasta la fecha, con otro inconveniente: la jubilación de la auxiliar de clínica y en diciembre, en la reunión final, discutimos y recopilamos las propuestas de mejora que detallaré más adelante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6. RESULTADOS ALCANZADOS

Con respecto al almacén y botiquín, los resultados han sido correctos: las peticiones de material fungible se hacen con periodicidad mensual mediante SERPA y las de farmacia vía intranet, existiendo un control eficiente sobre los stocks y albaranes de entrega de pedidos de servicios centrales, aunque puntualmente hay problemas de abastecimiento; el control de caducidad sólo ocasionalmente fue muy ajustado, teniendo más que ver con los envíos muy cercanos a dichas fechas que con "despistes" de la persona encargada.

Los carros de urgencias estuvieron bien controlados, con revisiones periódicas, presentando 2/30 incidencias marzo y junio; 4/30 julio y 1/30 agosto y septiembre, quedando tales incidencias y controles reflejados por escrito en el documento correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra valoración de lo "estudiado" hasta ahora es que nuestros objetivos no se han conseguido y que es francamente mejorable el manejo del material en atención primaria.

En este momento y hasta que se inició este estudio, la petición se hace en cualquier papel, escrito por la enfermera de su puño y letra y se queda en el casillero de la auxiliar; si una consulta se comparte por dos e incluso por tres enfermeras, cada una realiza su pedido; hemos elaborado una hoja de petición UNICA por consulta que deberá ser firmada por peticionario y dispensador, indicando claramente, si no es posible el suministro, la causa del mismo. También se intentará controlar la salida de material del almacén en ausencia de la auxiliar con una hoja donde la persona que realiza la retirada de material lo deje registrado .

7. OBSERVACIONES.

Esta memoria ha tenido varios problemas: una IT de una persona que aún continúa y la jubilación de la auxiliar de clínica.

Nos quedan pendientes muchas mejoras, pero una de las que este grupo entiende como prioritaria, es protocolizar el sistema de suministro a las residencias privadas que existen en nuestra zona de salud y que en la actualidad no pensamos se realice con garantías; ya hemos comenzado a esbozar un formato de petitorio que sea más controlador sobre lo que se les entrega y que sea el centro de salud quien decida qué dar y no ellos los que piden, como ahora ocurre. Otro problema de este centro en concreto, es la inexistencia de auxiliar de clínica de forma vespertina, por lo que a veces quien necesita material debe de autoabastecerse; esto, se escapa del control del almacén porque no queda reflejado en ninguna parte y queremos que no sea así.

Entendemos que es posible mejorar el control sobre las entradas y salidas de material del almacén y, con toda probabilidad, esto redundaría en un ahorro que a nuestro criterio es importante.

Tenemos muchas ideas para mejorar y es por eso que deseamos continuar con este proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/512 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0512

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Nº de registro: 0512

Título
GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
CHUECA RODRIGUEZ CARMEN, TRAIN DE VAL ANA MARIA, JULIAN CAMPOS JUANA MARIA, GARCIA HERNANDEZ ROSA, SERNA FORTEA MARIA TERESA, PAJARES CARNERERO LUCILA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

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

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Lucila pajares y Ana Train
Urgencias: Unidad básica asistencial (MF/ENF): carmen chueca y rosa garcia
Esterilización: aux. clínica/enfermería: lucila pajares y teresa serna

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
El EAP distribuirá el calendario de la siguiente manera:
Enero y febrero: nombramiento de responsables y formación
Marzo distribución de proyecto y puesta en marcha del procedimiento
Mayo reunion de control, dudas, aclaraciones y control de registros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0512

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Septiembre, control de las actividades realizadas hasta ese momento
Noviembre, indicadores y conclusiones finales
Diciembre, propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1361

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS DEL C. S. REBOLERIA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS REBOLERIA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAJON LOZANO DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS

1)Se realizo (En Junio) previa a la sesión un Test de conocimientos de localización y manejo del material de urgencias de nuestro Centro de salud ; donde se manifestaron las debilidades y déficit . (separados medicina y enfermería)

2)Se realizo (En Octubre) una SESION INFORMATIVA por los responsables del programa en el que se señalo la preocupación del todos los profesionales implicados en la atención Urgente en nuestro centro de salud; el resultado del test ; además se propicio que la incorporación de nuevos profesionales(tanto médicos como enfermería) se notó mas el deficit de conocimiento de nuestra sala de urgencias .

3)Se realizo en esta sesión información sobre los protocolos de atención Urgente CODIGO ICTUS, CODIGO INFARTO ...

4)Se realizaron por los responsables del programa (En Noviembre) 8 Sesiones practicas, en la sala de urgencias, como máximo 6 personas (variables; medicina enfermería) a las 14-15 horas, Donde, in situ, se manejaron todos los materiales necesarios : Desfibrilador laringoscopio, sondas ; Aspiración, manejo de oxigeno y ventiloterapia, lugar de medicación Urgente y donde se localiza todo tipo de material Urgente. y resolucion de dudas que fueron incorporandose, en la actividad

Al final de las reuniones practicas :se realizo y pasó un nuevo Test para valorar si ha habido mejoría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS OBTENIDOS

Participaron el 53 % de los profesionales médicos del centro de salud y (Pediatria 100%) y el 56 % de las enfermeras ; en la contestación de los Tests.

Asistieron a la sesión el 70 % enfermería y 80 % medicina.

Asistieron a las sesiones practicas el 95% medicina 100% pediatria y 90 % enfermería.

**) No ha habido diferencia sobre La presión de Atención Urgente en el centro de un 35 % de los profesionales han tenido que actuar urgente a lo largo del año.

** Aumenta el conocimiento del la disposición del sala de Urgencias de un 66% al 100% .

**Aumento del conocimiento de la Medicación Urgente, Sueros material de Curas del 67% al 100%

**Aumento del conocimiento y material del MALETIN DE URGENCIAS . Y de los Carros de Urgencias localizados en cada Planta del Centro de salud; del 66% al 100%.

**Manejo del Desfibrilador y localización del 66% al 100%.

**Conocimiento y manejo de Oxigeno y ventiloterapia sobre todo en los profesionales medico del 20% al 70% y enfermería siempre manifiesta el100%.

**Conocimiento y manejo de Laringoscopio del 45% al 76%.

**Conocimiento y localización de Sondas Aspirador Aparataje (Apto Tensión, Pulsómetro, etc). del 80 - al 100%.

**Conocimiento de los Protocolos de Atención Urgente,CODIGO ICTUS, CODIGO INFARTO, ANAFILAXIA ...70 al 100%

** Aumenta la comodidad del manejo en Urgencias al sentirse más seguros en el 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES

Se aprecia la mejoría en los conocimientos de los profesionales del Centro de Salud, que repercutirá en la Atención a la población que acuda a nuestro Centro .

Se manifiesta por la seguridad en nuestras actuaciones en La tencion Urgente en nuestro centro de salud . A pesar de la Mejoría importante observada, se señala el déficit de algunos resultados que convendría ser más exigentes (laringoscopia; ventiloterapia, que en medicina, no llega más que al 76%).

A pesar de la satisfaccion de los profesionales en la realización y los resultados, Se nos ha manifestado la necesidad de repetición de esta actividad en forma de recordatorio Anual, para mantener y actualizar los conocimientos y la coordinación, no solo en forma teórica, y sobre todo practica en la misma sala de urgencias. Valoramos pautar de forma Anual la realización de esta Actividad muy valorada, necesaria, y que entre dentro de las actividades habituales de nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.
OBSERVACIONES

Intentar que las sesiones y las reuniones por su importancia en nuestra actividad sea seguida por el 100% de los interesados . .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1361

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS DEL C. S. REBOLERIA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1361 ===== ***

Nº de registro: 1361

Título
REVISIONACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS EN EL C.S. REBOLERIA

Autores:
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN, GAJON LOZANO DIANA, MURILLO MEDEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Calidad dela atencion Urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tas la ultima revisión y actualización hace mas de 3 años observamos que hemos perdido agilidad en la Atención Urgente en el Centro de salud, convenimos el grupo de calidad actualizar tanto los Planillas de atención de de las diferentes urgencias como del manejo de toda la consulta de Urgencias, Medicación, Maletin de Urgencias Ventiloterapias,oxigeno, desfibrilador etc, como la coordinacion de todos losprofesionales implicados.

RESULTADOS ESPERADOS
** Mejor conocimiento de de las planing de actuacion.
**Mejor conocimiento de la distribución de nuestra Sala deUrgencias.
**Mejor conocimiento ymanejo de la medicación de urgencias.
**Asegurar el planing de Medicina y enfermeria de Atención Urgente.

MÉTODO
1)Reunion de todo elEquipo y explicacion de programa, por los responsables del Programa.
2) En sesion clinica explicacion de las Planillas mas importantes de atencion Urgente,
3) Reunion en la sala de Urgencias, en grupos reducidos de medicina enfermeria en nº de 6 reuniones de la distribucion manejo oxigeno desfibrilador laringoscopios etcy demas elementos necesarios

INDICADORES
A l inicio :test evaluacion de conocimientos y expresion delas dificultades que ha podido tener en la atencion Urgente.

Al final nueva evaluacion del test y valoracion de satisfaccion del programa .

DURACIÓN
Desde Junio del 1º test y ese mismo mes (descanso en vacaciones) y luego septiembre y si queda alguno en octubre las diferentes grupos pasaran a valorar las sala de urgencias y para Diciembre ultimo test, de evaluacion

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA ROMERO FERNANDEZ
· 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
ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL
ARIZON DEZA MARIA PILAR
ZAPATA ABAD TERESA
BRUN SOTERAS CARMEN
GINER HUESCA MARIA JOSE
CARRION AMBRONA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A)El 2 Febrero de 2017 se creó el equipo de atención comunitaria y se firmo el acta de creación, Crear en el Centro de Salud Actividades Comunitarias que este insertado en la Actividad Sanitaria del Centro; por medio de la estabilidad de un equipo multidisciplinar que coordine y mantenga las actividades que sean necesaria.

Se han realizado 3 sesiones en el Centro de Salud donde se manifiesta, a todo el Centro, el establecimiento del grupo dentro de las actividades habituales a realizar por el centro de Salud. y las actividades puestas en marcha, solicitando la colaboración de los profesionales para la indicación de esta actividad a los pacientes

Se ha creado por Admisión una Agenda específica de actividades comunitarias en la que se inscriben las pacientes que acuden a estas actividades.

Se ha creado un Grupo de Wasap (Magdalena Camina) para que todos los interesados tanto del centro de salud, como las asociaciones de barrio, comunidades de vecinos, (que estén interesados) puedan estar permanentemente informados de los acontecimientos y las actividades. Y en la que se indica las reuniones y los horarios de los responsables. que se mantiene activo en casi el total de las actividades 8/10

B)Hemos realizado el Grupo responsable sesiones; mínimo de 1 al mes, un total de 11; con realización de Micro Actas; en la que acudimos unas 3-7 profesionales del grupo ; en el que se actualiza, pone en marcha y se da cuenta del curso de las actividades de:

a)Paseos cardio-saludables a lo largo de la rivera del Ebro ; Los miércoles de 9:30 -10:30 durante el año escolar ; b)TAY CHI una sesión c) Yoga los martes a las 11 h, en la sala de Maternidad,

C) Reuniones con la asociación de vecinos (1/ trimestre), e)Acuerdos con el PICH para Ejercicios- estiramientos -Gimnasia, en el parque Bruil?? (2 veces por semana lunes y Jueves)

D)Se han realizado 6 sesiones dinimizaciones con Actividades Ludico -Culturales que se han subvencionado por la Dirección de Salud Publica .

E)No hemos podido realizar los talonarios que indicaban la prescripción de Paseos, ejercicio, para repartir desde las consultas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A)La responsable de la realizacion de Microactas Mª Jose Giner, presenta cuaderno de las Actas que ha realizado durante el año del 6/10 y las que no a podido acudir se realizan por Sara Carrion 4/10.

**Se han realizado 3 sesiones en el Centro de Salud donde se manifiesta, a todo el Centro, el establecimiento del grupo dentro de las actividades habituales a realizar por el centro de Salud. y las actividades, que hemos realizado

**Se ha creado por Admisión una Agenda específica de actividades comunitarias

**El Grupo de Wasap (Magdalena Camina) para que todos los interesados tanto del centro de salud, como las asociaciones de barrio, comunidades de vecinos, (que estén interesados) ha mantenido y mantiene todos los contactos tanto en el Centro como del Consejo de Salud, que lo han solicitado como de las diferentes asociaciones de barrio; Han aumentado

**Reuniones y los horarios de los responsables. que se mantiene activo en casi el total de las actividades 8/10

B)Hemos realizado el Grupo responsable sesiones; mínimo mensuales, un total de 11 Que supone el 8/10 de las convocadas

C) Reuniones con la asociación de vecinos (1/ trimestre), 10/10

e)Acuerdos con el PICH para Ejercicios- estiramientos -Gimnasia, en el parque Bruil?? (2 veces por semana lunes y Jueves) supone 10 /10

D)Paseos cardio-saludables a lo largo de la rivera del Ebro: media 15-20 participantes / semana ; b)TAY CHI una sesión 40 c) Yoga : 10 participantes /semana.

Se han realizado 6 sesiones dinimizaciones con Actividades Ludico -Culturales que se han subvencionado por la Dirección de Salud Publica . suponen 10/10 de las ofertadas

E)No hemos podido realizar los talonarios que indicaban la prescripción de Paseos, ejercicio, para repartir desde las consultas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se manifiesta la buena acogida por parte de los profesionales del Centro de Salud y la manifestación de los pacientes caminantes y de la población en general, que se sabe conocedora de las actividades que realizamos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

MAGDALENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO

desde el Centro de salud y de la mayor relación, tanto con el CONSEJO DE SALUD como las diferentes ASOCIACIONES DE VECINOS, AYUNTAMIENTO ...
Proponemos al Equipo de salud para la colaboración de estas actividades que con lleva tiempo y soliciatar ayuda para al gestion e agendas y leberalizacion de tiempo.
Intentaremos poder realizar el objetivo E) la realizacion de talonario que quedaria dentro de las actividades del año que viene.

Dentro de los nuevos objetivos del grupo para el proximo año la realizacion de RAPIDAL APRAIXAL(Diagnostico rapido de Necesidades de Salud de Barrio), para valora mejor la necesidades y encauzarlas en actividades efectivas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1423 ===== ***

Nº de registro: 1423

Título
MAGDALENA CAMINA. PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCION DE LA SALUD EN EL BARRIO

Autores:
ROMERO FERNANDEZ LAURA, GARCIA GUTIERREZ CARMEN, ECHEVERRI OYAGA ANA, ARIZON DEZA MARIA PILAR, ZAPATA ABAD TERESA, BRUN SOTERAS CARMEN, CARRION AMBRONA SARA, GINER HUESCA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologia crónicas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: fomentar la participación comunitaria en los objetivos de salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto se empieza a concebir por la necesidad de asesorar a los pacientes crónicos en su autocuidado, controlar la hiperdemanda asistencial y la sobremedicación de los mismos con sus complicaciones. Tras realizar varios años talleres de educación diabetológica se detecta un mejor control de la enfermedad por parte de los pacientes que lo habían realizado. Unido a la publicación de estudios que muestran que el ejercicio físico y cambios dietéticos en los pacientes crónicos (Diabetes, HTA, EPOC y Obesidad) tienen evidencia científica de mejoría de la enfermedad de tipo A (al contrario de lo que ocurre con la medicación farmacológica y la hiperfrecuentación al Centro de salud). Estos antecedentes unidos al interés de las AAVVs para crear actividades que cohesionasen la convivencia en el barrio fueron el punto de partida del Proyecto

RESULTADOS ESPERADOS
Crear en el ámbito del Centro de Salud una concienciación activa sobre la importancia de modificar los estilos de vida de los pacientes crónicos. y corresponsabilizar a los mismos en el control de su enfermedad. Inicialmente la población diana a la que iban dirigidas las actividades de motivación era a los pacientes crónicos (diabetes, HTA, EPOC, y Obesidad). El objetivo fué animar a personas sedentarias con patologías crónicas e hiperfrecuentadores a realizar caminatas con los vecinos por el barrio, probar actividades físicas nuevas (baile, Tai-Chi, marcha nórdica, yoga, ejercicios de tonificación, ejrcicios de estiramientos...) Y tambien aprovechar el ambiente lúdico y social para proponer pautas de alimentación saludable y restrictiva que ayude a modificar hábitos.

MÉTODO
ACTIVIDADES DEL PROYECTO EN 2017
A- Cohesionar y fortalecer el Equipo de Salud Comunitaria del CS que junto con algún representante de la AAVV lleva gestionando el Proyecto durante cinco años.

B- Porcentaje de microactas de las reuniones mantenidas con fecha, participantes y decisiones tomadas.

C- Número de reuniones en las que participa la presidenta o persona en quien delegue la AAVV u otras Asociaciones o representantes de la Comunidad. .

D- Dinamización de los Paseos de los miercoles con varias actividades lúdico-culturales (para lo que tenemos un Proyecto aprobado y subencionado por Dirección de Salud Pública DGA) y motivar a las demás actividades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO

E- Con respecto a poder facilitar que todos los miembros del Equipo de Salud del CS participen en el Proyecto, repartiremos a modo de talonarios con las actividades y fechas previstas impresas invitando a todos a prescribirlas/proponerlas a sus pacientes. Nuestro indicador será el número de "recetas entregadas por profesional". Nos proponemos iniciar esta actividad en el último trimestre

INDICADORES

OBJETIVO A (2017): mantener un responsable para la realización de microactas de cada reunión. Sustituirle o comunicarle el contenido si no está presente y comunicar a través del grupo de watsap a todos los miembros lo hablado en cada reunión. Nos proponemos alcanzar este objetivo al menos en 7/ 10 de las reuniones previstas.

OBJETIVO B (2017) Nos proponemos llegar al 7/10 de las reuniones que mantengamos, dadas las condiciones de máxima dificultad para coordinar horarios y mínimo tiempo disponible.

OBJETIVO C (2017) : queremos alcanzar 7/10 reuniones previstas

OBJETIVO D (2017):sostener o incrementar la participación actual: una media de 20 "paseantes" a la semana, de 30 en la gimnasia de lunes y jueves, de 9 en la clases de Yoga y de 60 en el curso de Iniciación de Tai-Chi

OBJETIVO E (2017): nuestro indicador a alcanzar será de 20 entregas por profesional

(se entiende que en participación poblacional, los límites marcados son los inferiores y el límite superior pretendemos que sea lo más alto posible)

DURACIÓN

En estas fechas casi todas las actividades están ya realizadas pues tienden a ir vinculadas al calendario escolar. Solo quedan pendiente dos sesiones de dinamización con la empresa Gozarte por el casco histórico (una en Octubre y otra en Noviembre 17) y tenemos previsto nuestra evaluación final de Objetivos en Diciembre 17.

A: Responsable de la elaboración de las Actas : Maria José Giner

B- Responsable de difusión de la información por watsap al resto del Equipo: Sara Carrión

C- Responsable de informar y animar a participar en nuestras reuniones a los miembros de la Comunidad: Carmen Brun

E- Responsable de la elaboración y difusión de los "talonarios de Prescripción". Ana Isabel Echeverri

Evaluaremos en Diciembre 2017 y programaremos las nuevas actividades a desarrollar en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020 PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA ROMERO FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZAPATA ABAD TERESA
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL
ARIZON DEZA PILAR
BRUN SOTERAS CARMEN
GINER HUESCA MARIA JOSE
CARRION AMBRONA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ANEXO: MAGDALENA CAMINA 2018

1-ACTIVIDADES A LO LARGO DEL CURSO ESCOLAR

Promoción de la Actividad Física

- -Gym en el Parque: Lunes y Jueves de 9,30 a 10,30h (entrenador físico Angel Nalvaez)
- -Paseos cardiosaludables: Miércoles de 9,30 a 10,30h (participan casi todos los trabajadores del CS)
- - Yoga: Lunes de 10,30-11,30h (profesora Marta Bondia)
- - Tai-Chi: Martes de 17-18h (profesora Ana Royo)

Promoción de la Salud Mental

- -Taller de Mindfulness: Lunes 18-19h (Dr. Ruiz Urtioz)
- -Taller de Inteligencia Emocional: Jueves de 10,30-11,30h (profesora Pilar Melero)
- -Danzaterapia para personas con tristeza: Martes de 10,30-11,30h (profesor Jorge Vaillant)

Promoción de la Autonomía Personal

- -Danzaterapia para Personas de Movilidad Reducida (incluso en silla de ruedas): Jueves de 17-18h (profesor Jorge Vaillant)

Promoción de la Salud Materno-Infantil

- -Taller de Apoyo a la Crianza para madres y padres: Viernes de 9,30-11h (pediatra Dra Mallada)

Promoción de la salud de la mujer

- -Taller de Habilidades para Afrontar la Menopausia (matrona María Jesús Vela)

Promoción de Espalda Sana y prevención de lesiones musculoesqueléticas

- -Diversas sesiones programadas de Reeducación Postural Global, ejercicios para tonificar la espalda, Ejercicios de estiramientos, Ejercicios para fortalecer musculatura cervical, etc, impartidas por las dos fisioterapeutas del CS algunos días coincidiendo con los Paseos cardio-saludables.

Promoción de la nutrición saludable

- Desayunos con fruta tras los Paseos, en el Mercado de San Vicente de Paul (gentileza del Mercado).
- Una vez al año, en Primavera desayuno de convivencia con los paseantes del cs San Pablo.

Promoción de la Cultura y fomento de la lectura

- -Aprovechando los Paseos, se organizan visitas a Museos, actividades de conocimiento del arte y la historia del barrio impartidas por expertos, paseos didácticos con técnicos medio ambientales, etc.

- -Un equipo de voluntarios y trabajadores del C S. se encarga, durante todo el año, de recepcionar, catalogar y etiquetar libros para dos puntos de Bookcrossing en el Centro.

(Todas las actividades que el Grupo de Comunitaria desarrolla: se comunica al resto del Equipo del Centro de Salud en las reuniones de Equipo periódicas y por comunicados internos. Se encuentra cada vez más colaboración por parte de los miembros que no forman parte de este Grupo de Comunitaria. Las actividades se anuncian a la población por carteles y folletos en el Centro de Salud, Asociación de Vecinos y barrio).

(Para cada actividad se preparan materiales diferentes: folletos, músicas, presentaciones power-point, pelotas, cintas de baile...etc)

2-ACTIVIDADES PUNTUALES: "CREANDO ALIANZAS DE SALUD EN EL BARRIO"

- Fiesta de puesta en funcionamiento del Bookcrossing: 24 de Octubre de 2018.
- Participación en las Jornadas de Salud en el Barrio en el Centro de Historias: 30 de Octubre de 2018.
- Participación en el trabajo de "Estrategia Integral para la Población Gitana" en colaboración con el Colectivo gitano de Zaragoza y el departamento de Gestión y Participación Ciudadana del Salud. Varias reuniones a lo largo del año.
- Colaboraciones puntuales con el Proyecto de Promoción de la Salud y acompañamiento de Cáritas para personas en situación de exclusión social (Centro San Nicolás): 30 Mayo.
- Fiestas de Limpieza en el Barrio y talleres de trabajo relacionadas con buenas prácticas de convivencia, colaborando con Vecindaya y Amediar: 22 de Mayo, 29 de Mayo y 20 de Junio 2018.
- Celebración del Día Mundial contra el Tabaco en el Centro De Salud: 31 mayo 2018).
- Dinamización de los Paseos Cardiosaludables con la actividad lúdica "La Zaragoza de las tres Culturas" con la colaboración de la Asociación de Vecinos y Gozarte.
- Participación del Grupo de Comunitaria de Rebolería en diversas actividades específicas de Formación organizadas por Salud Pública (DGA), Salud Comunitaria (Salud), Congresos, Jornadas, reuniones de PCAP, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020 PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)

- Colaboración docente con la Universidad (Master de Salud Pública), y con diversas Jornadas Científicas y Congresos aportando nuestra experiencia.
- Dinamización del Consejo de Salud a través invitaciones a participar a personas nuevas que desarrollan actividades en el barrio relacionadas con la Salud, proyección de videos con otras experiencias, y aportando propuestas nuevas que ilusionen y empoderen a sus componentes (tres reuniones en 2018)
- Coordinación de un DIAGNÓSTICO DE SALUD Y MAPEO DE ACTIVOS DE SALUD a lo largo del mes de Noviembre y Diciembre 2018 en el barrio. Han participado en su elaboración: los alumnos del IES D. Pedro de Luna, los alumnos del Colegio Tenerías, varios miembros del Centro de Mayores El Boterón, y la Asociación de Vecinos San Agustín-Parque Bruil. Posteriormente se ha depurado la información, se ha georreferenciado y estamos en el proceso de publicar y difundir los resultados. Este MAPEO se ha realizado con la colaboración del PICH y el trabajo de cuatro EIRES especializadas en Salud Comunitaria. Los resultados se presentarán en una fiesta en el mes de Marzo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

(Ver Proyecto de Evaluación enviado el año (2018) pasado a Subdirección)

- 1º En cada actividad, al finalizar el curso se pasa una evaluación al usuario y al profesor que lo ha impartido y esta evaluación sirve para programar las actividades del siguiente curso escolar.
- 2º. El Mapa de ACTIVOS DE SALUD está ya disponible en Google y en la WEB de Comunitaria y actualmente estamos en el proceso de difusión de los datos en el barrio (carteles, folletos, etc). El próximo mes de Marzo 2019 se celebrará la Fiesta de la Salud, posiblemente en la Casa de la Historia, donde los propios protagonistas (Mayores del barrio, niños del Colegio Tenerías, adolescentes del IES d Pedro de Luna, miembros de la Asociación de Vecinos...) que han recogido los datos, presentarán los resultados al resto del barrio.
- 3º. Participación en el proceso de Mapeo de Activos de Salud: han participado un 90% por % de las Asociaciones a las que les habíamos pedido colaboración con el Mapeo con gran entusiasmo y disposición. El resultado ha sido muy satisfactorio y también divertido e integrador. Considerábamos inicialmente que si accedían a participar la mitad de las Asociaciones/ Instituciones que invitábamos era ya positivo.
- 4º. El número de informantes clave a sido muy superior a los 10 que habíamos considerado cómo mínimo.
- 5º. En cada categoría de Activos de Salud se han registrado más de 10 Activos de cada categoría, que era el mínimo, que en el desarrollo del proceso habíamos valorado como positivo.
- 6º. El proceso de difusión no lo podemos valorar por estar actualmente trabajando en ello. Presentaremos los resultados en 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos encontrado muchos beneficios colaterales del Proyecto (valor añadido) que no esperábamos encontrar y que hacen que nuestro entusiasmo se incremente cada nuevo curso: gran aceptación en los vecinos, nueva actitud más positiva frente al Centro de Salud, nueva conciencia de desmedicalizar el malestar psicológico, creación de redes de colaboración mutua entre las diferentes instituciones que en el campo de la Salud trabajan en el barrio, convivencia entre los vecinos, socialización de personas que viven solas, mas cohesión interna del Equipo del Centro de Salud, satisfacción de los usuarios por vivir en un barrio con muchos Activos de Salud. etc. Nos queda pendiente seguir formándonos, especialmente en el campo de la Evaluación de la Promoción de la Salud y en el manejo de las Nuevas Tecnologías . Seguimos haciendo cursos e intentando mejorar.

7. OBSERVACIONES.

Ha supuesto un gran avance para este Proyecto la valoración, por parte de Dirección, del trabajo con la Comunidad que ya desde mucho tiempo se venía haciendo. El poder liberar a algún profesional algún día al mes para trabajos Comunitarios: ha permitido que el Proyecto se haya podido desarrollar, porque permite las reuniones por la mañana en Instituciones y Fundaciones. Todavía nos cuesta tener claro donde y como se deben presentar las diversas memorias y evaluaciones (Dto de Garantías del Usuario del Salud, Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS), SARES, Subdirección de Gestión y Participación Ciudadana, etc). Nos ayudaría mucho un proceso de unificación (RAPPS-Salud). Otra observación es que en el Equipo de trabajo solo se permite poner 8 componentes y tenemos que incluir a la matrona (María Jesús Vela) y la pediatra (María Pilar Mallada) que trabajan arduamente preparando una sesión semanal muy dinámicas y elaboradas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1423 ===== ***

Nº de registro: 1423

Título
MAGDALENA CAMINA. PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCION DE LA SALUD EN EL BARRIO

Autores:
ROMERO FERNANDEZ LAURA, GARCIA GUTIERREZ CARMEN, ECHEVERRI OYAGA ANA, ARIZON DEZA MARIA PILAR, ZAPATA ABAD TERESA, BRUN SOTERAS CARMEN, CARRION AMBRONA SARA, GINER HUESCA MARIA JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020 PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología crónicas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: fomentar la participación comunitaria en los objetivos de salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto se empieza a concebir por la necesidad de asesorar a los pacientes crónicos en su autocuidado, controlar la hiperdemanda asistencial y la sobremedicación de los mismos con sus complicaciones. Tras realizar varios años talleres de educación diabetológica se detecta un mejor control de la enfermedad por parte de los pacientes que lo habían realizado. Unido a la publicación de estudios que muestran que el ejercicio físico y cambios dietéticos en los pacientes crónicos (Diabetes, HTA, EPOC y Obesidad) tienen evidencia científica de mejoría de la enfermedad de tipo A (al contrario de lo que ocurre con la medicación farmacológica y la hiperfrecuentación al Centro de salud). Estos antecedentes unidos al interés de las AAVVs para crear actividades que cohesionasen la convivencia en el barrio fueron el punto de partida del Proyecto

RESULTADOS ESPERADOS

Crear en el ámbito del Centro de Salud una concienciación activa sobre la importancia de modificar los estilos de vida de los pacientes crónicos. y corresponsabilizar a los mismos en el control de su enfermedad. Inicialmente la población diana a la que iban dirigidas las actividades de motivación era a los pacientes crónicos (diabetes, HTA, EPOC, y Obesidad). El objetivo fue animar a personas sedentarias con patologías crónicas e hiperfrecuentadores a realizar caminatas con los vecinos por el barrio, probar actividades físicas nuevas (baile, Tai-Chi, marcha nórdica, yoga, ejercicios de tonificación, ejercicios de estiramientos...) Y también aprovechar el ambiente lúdico y social para proponer pautas de alimentación saludable y restrictiva que ayude a modificar hábitos.

MÉTODO

ACTIVIDADES DEL PROYECTO EN 2017

A- Cohesionar y fortalecer el Equipo de Salud Comunitaria del CS que junto con algún representante de la AAVV lleva gestionando el Proyecto durante cinco años.

B- Porcentaje de microactas de las reuniones mantenidas con fecha, participantes y decisiones tomadas.

C- Número de reuniones en las que participa la presidenta o persona en quien delegue la AAVV u otras Asociaciones o representantes de la Comunidad.

D- Dinamización de los Paseos de los miércoles con varias actividades lúdico-culturales (para lo que tenemos un Proyecto aprobado y subencionado por Dirección de Salud Pública DGA) y motivar a las demás actividades.

E- Con respecto a poder facilitar que todos los miembros del Equipo de Salud del CS participen en el Proyecto, repartiremos a modo de talonarios con las actividades y fechas previstas impresas invitando a todos a prescribirlas/proponerlas a sus pacientes. Nuestro indicador será el número de "recetas entregadas por profesional". Nos proponemos iniciar esta actividad en el último trimestre

INDICADORES

OBJETIVO A (2017): mantener un responsable para la realización de microactas de cada reunión. Sustituirle o comunicarle el contenido si no está presente y comunicar a través del grupo de watsapp a todos los miembros lo hablado en cada reunión. Nos proponemos alcanzar este objetivo al menos en 7/ 10 de las reuniones previstas.

OBJETIVO B (2017) Nos proponemos llegar al 7/10 de las reuniones que mantengamos, dadas las condiciones de máxima dificultad para coordinar horarios y mínimo tiempo disponible.

OBJETIVO C (2017) : queremos alcanzar 7/10 reuniones previstas

OBJETIVO D (2017):sostener o incrementar la participación actual: una media de 20 "paseantes" a la semana, de 30 en la gimnasia de lunes y jueves, de 9 en la clases de Yoga y de 60 en el curso de Iniciación de Tai-Chi

OBJETIVO E (2017): nuestro indicador a alcanzar será de 20 entregas por profesional

(se entiende que en participación poblacional, los límites marcados son los inferiores y el límite superior pretendemos que sea lo más alto posible)

DURACIÓN

En estas fechas casi todas las actividades están ya realizadas pues tienden a ir vinculadas al calendario escolar. Solo quedan pendiente dos sesiones de dinamización con la empresa Gozarte por el casco histórico (una en Octubre y otra en Noviembre 17) y tenemos previsto nuestra evaluación final de Objetivos en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020 PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)

Diciembre 17.

A: Responsable de la elaboración de las Actas : Maria José Giner

B- Responsable de difusión de la información por whatsapp al resto del Equipo: Sara Carrión

C- Responsable de informar y animar a participar en nuestras reuniones a los miembros de la Comunidad: Carmen Brun

E- Responsable de la elaboración y difusión de los "talonarios de Prescripción". Ana Isabel Echeverri

Evaluablemos en Diciembre 2017 y programaremos las nuevas actividades a desarrollar en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN ACHA AIBAR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLASCO SORO ANA MARIA
GOMEZ JULIAN CRISTINA
MORALES ABAJO OLGA
RAMOS FRAILE NURIA
SANZ RUBIO CONCEPCION
YAGÜE MUÑOZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A pesar de que tuvimos dificultades en el inicio de las charlas (como ya reflejamos en el 1º seguimiento) a lo largo del 1º semestre del 2017 se realizaron las charlas a los 3 colegios participantes de los 7 ofertados, con un total de 8 charlas impartidas. Asimismo se hizo un cuestionario a los alumnos previo a la visita que se repitió unos días después para valorar lo aprendido, y otro cuestionario a profesores para valorar nuestra actividad. En septiembre de 2017 iniciamos el programa para el curso escolar 17-18 con la misma dinámica del curso anterior: Contacto con colegios y profesores, reunión informativa a los participantes, elaboración del cronograma de charlas, y realización de 8 visitas de escolares de 2 colegios participantes.

Recursos:

Humanos: 5 Enfermeras, 1 Trabajadora Social, 1 Fisioterapeuta y 1 higienista dental, y estudiantes de enfermería.
Materiales: Ordenador, cañón de proyección, material didáctico, 2 arcadas dentales y 2 cepillos de dientes, lámpara ultravioleta, solución hidroalcohólica con reactivo. Hojas de encuesta previa y posterior a la charla, Hoja de evaluación de la actividad (para profesores), Folleto Gobierno de Aragón (para padres), Hoja de actividades sobre higiene dental (pasatiempos para alumnos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la evaluación de los cuestionarios post-charla, realizados a los niños, de los 4 objetivos marcados en 3 de ellos conseguimos el objetivo propuesto y en el otro un 75 %

Indicadores:

Nº de cepillado de dientes/día . Objetivo 80 %, resultado 74%
Nº de piezas fruta/día . Objetivo 40 %, resultado 63.95 %
Conocimiento de postura correcta en la mesa. Objetivo 70 %, resultado 93.55 %
Conocimiento de como llevar la mochila escolar. Objetivo 70 %, resultado 94.35 %
Método de obtención: Cuestionario realizado por los propios alumnos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se encontró una enorme dificultad para el correcto rellenado de la encuesta, no sabemos si por no ser suficiente clara (dada la corta edad de los niños) o por una inadecuada explicación por parte de los profesores. Por ello decidimos simplificar el cuestionario, eliminar el posterior a la charla y que el previo se realizara en el centro de salud (bajo nuestra propia supervisión) antes de comenzar la charla explicativa, con ello damos las instrucciones claras y evitamos pérdida de información. También se valoró mejorar el desarrollo de la charla, manteniendo los mismos contenidos, pero haciendo más hincapié en la higiene de manos y en postura correcta ante el ordenador, todo ello acompañado de nuevos videos.

7. OBSERVACIONES.

Damos continuidad al proyecto incluidas las mejoras.

Dado que nuestro proyecto no se desarrolla durante el año natural, sino en el año lectivo, en septiembre del 2017 hemos empezado a elaborar el cronograma de las actividades del año escolar 2017-2018.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1126 ===== ***

Nº de registro: 1126

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
ACHA AIBAR MARIA CARMEN, BLASCO SORO ANA MARIA, BURRO DAL ADORACION, GOMEZ JULIAN CRISTINA, FRANCO LOPEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

MARIA ANGELES, SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION, RAMOS FRAILE NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:-----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el curso escolar 2015-2016 un colegio de la zona solicitó que desde el centro de salud se impartieran charlas de educación sanitaria a niños de 1º de educación primaria, petición que fue atendida por nuestra parte. Esta actividad ya era conocida por los centros escolares, puesto que se realizó durante más de 15 años; se suspendió dicho programa por falta de recursos humanos. Debido a la alta concentración de centros escolares en nuestra zona, hemos elaborado un programa de educación en la escuela cuya oferta se ha hecho extensiva, durante el curso 2016-2017, a todos aquellos colegios, tanto públicos como concertados, que deseen participar

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Alumnos de 1º curso de educación primaria de los colegios de nuestra zona básica de salud, tanto públicos como concertados que se acojan al programa ofertado.

.....

MÉTODO

Acciones previstas:

Educación para la Salud en: Alimentación, cepillado de dientes, higiene de manos, educación postural, ocio y tiempo libre.

Orientar sobre las responsabilidades propias de su edad, en el núcleo familiar.

ACTIVIDADES: Contactar con los centros escolares mediante carta y/o teléfono. Cuestionario previo. Charla + audiovisuales. Taller de cepillado. Visita a la sala de fisioterapia. Cuestionario final. Informe al consejo de salud.

INDICADORES

Nº de niños que se lavan los dientes 2 veces/día: Standard 65%, Objetivo 80%
Nº de niños que consumen fruta 2 veces/día. Standard 30%, Objetivo 40%
Nº de niños que identifican la postura correcta en sedestación: Standard 50%, Objetivo 70%
Nº de niños que conocen la posición correcta para llevar la mochila. Standard ND, Objetivo 75%.
La fuente de datos sería los resultados del cuestionario previo

DURACIÓN

Fecha inicio: Septiembre 2016. Fecha finalización: Junio 2017

Presentación del programa a los colegios : Sept-Oct 16

Recepción de las solicitudes de los colegios : Nov 16

Elaboración cronograma charlas: Nov 16

Contacto con colegios para explicar la actividad: Nov 16

Entrega de material previo (cuestionarios...) : Dic 16

Grupos de charlas (1 charla /clase) : 1º colegio (3) : Enero 17, 2º colegio(3) : Febrero 17, 3º colegio(2) :

Marzo-Abril 17.

Recogida de material posterior a las charlas: 1º colegio: Feb.17, 2º colegio : Marzo17, 3º colegio : Abril 17.

Evaluación resultados: Junio-Julio 17

Seguimiento programa: Agosto-Septiembre 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE CARMEN ACHA AIBAR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLASCO SORO ANA MARIA
BURRO DAL ADORACION
GOMEZ JULIAN CRISTINA
MORALES ABAJO OLGA
RAMOS FRAILE NURIA
SANZ RUBIO CONCEPCION
YAGÜE MUÑOZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer semestre de 2018 se realizaron 6 charlas en 2 colegios (3 charlas por colegio) correspondientes al curso escolar 2017-2018.

La dinámica y recursos fueron los mismos empleados para el resto de charlas :

- Duración 90 min,
- valoración previa de conocimientos
- proyección powerpoint,
- video y canción de lavado de manos,
- video de pantallas sanas
- taller de higiene de manos, con lampara ultravioleta y liquido revelador
- taller de cepillado de dientes con dos juegos de arcadas dentales y cepillos
- entrega de carteles de lavado de manos en tamaño A3, en color y plastificados para colocar en baños del colegio
- hoja de actividades para niños (crucigrama, colorear...)
- encarte DGA recomendaciones alimenticias para entregar a padres
- encuesta de valoración por parte de profesores.
- reparto de cepillo dientes

Tras finalizar esta ultima ronda de charlas hicimos en Junio 2018 nuestra propia valoración de resultados y objetivos alcanzados y la programación para el curso 2018/2019 con la misma dinámica llevada hasta ahora. Se propone ofertar el programa a los colegios contactando únicamente con los tutores de 1º de primaria. Se convoca reunión informativa el 3 de octubre.

Para el curso 18/19 la participación va a ser de 4 centros escolares con un total de 14 grupos de alumnos.

Se programan 8 charlas para los meses de octubre y noviembre de 2018.

Para el año 2019 quedan pendientes 6 grupos (a fecha de hoy se han hecho 3 visitas), a realizar en los meses de febrero y marzo.

Con todo ello se dará por finalizado este programa debido a los próximos traslados de enfermería, ya que participantes de este programa dejaran de trabajar en este centro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Evaluamos los conocimientos pre charla y arroja los siguientes resultados:

-CAMPAÑA 2017-2018:

Los resultados obtenidos han sido:

Postura correcta en la silla 95,15%
Postura correcta en la mesa 92,6%
Postura correcta mochila 98,5%
Postura correcta carrito 79,61%
Consumo de 2 o más piezas fruta/día 75,42%
Cepillado dientes de al menos 2 veces/día 80,75%

-CAMPAÑA 2018-2019:

Total alumnos a fecha 28/02/19 de la campaña 2018-19: 254

Postura correcta silla 98,4 %
Postura correcta mesa 94,8%
Postura correcta mochila 98,8%
Postura correcta carrito 96,8%
Consumo de fruta de 2 o mas piezas / dia 60.61%
Lavado de dientes al menos 2 veces / dia: 81.87 %

Los resultados cumplen totalmente con los objetivos propuestos:

Cepillado dientes : 80%
Consumo fruta 40%
Postura correcta mesa 70%
Postura correcta mochila 70 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como ya se comentó en la anterior evaluación se encontró problemas en el rellenado de la encuesta de conocimientos por parte de los alumnos por disparidad de resultados y se decidió la realización de la misma en nuestro centro (y no en el colegio)para evitar complicaciones. Preguntamos a los profesores cuál sería el momento idóneo para rellenarlas, y ellos opinan que sería mejor al principio de la charla, ya que los niños estarían más tranquilos. Hemos valorado la actividad como muy positiva tanto a nivel participativo, organizativo como de resultados. En cuanto a las opiniones de los profesores, todas fueron muy positivas. Con todo ello la satisfacción por parte del equipo de trabajo ha sido grande. La mayor dificultad encontrada ha sido el contacto con el profesorado a la hora de hablar con ellos para programación de charlas.

7. OBSERVACIONES.
Debido a los traslados de Enfermería pendientes varias componentes del equipo dejarán de trabajar en el centro, por ello no se puede asegurar la continuidad de la actividad en años siguientes.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1126 ===== ***

Nº de registro: 1126

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
ACHA AIBAR MARIA CARMEN, BLASCO SORO ANA MARIA, BURRO DAL ADORACION, GOMEZ JULIAN CRISTINA, FRANCO LOPEZ MARIA ANGELES, SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION, RAMOS FRAILE NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el curso escolar 2015-2016 un colegio de la zona solicitó que desde el centro de salud se impartieran charlas de educación sanitaria a niños de 1º de educación primaria, petición que fue atendida por nuestra parte. Esta actividad ya era conocida por los centros escolares, puesto que se realizó durante más de 15 años; se suspendió dicho programa por falta de recursos humanos. Debido a la alta concentración de centros escolares en nuestra zona, hemos elaborado un programa de educación en la escuela cuya oferta se ha hecho extensiva, durante el curso 2016-2017, a todos aquellos colegios, tanto públicos como concertados, que deseen participar

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Alumnos de 1º curso de educación primaria de los colegios de nuestra zona básica de salud, tanto públicos como concertados que se acojan al programa ofertado.

.....

MÉTODO
Acciones previstas:
Educación para la Salud en: Alimentación, cepillado de dientes, higiene de manos, educación postural, ocio y tiempo libre.
Orientar sobre las responsabilidades propias de su edad, en el núcleo familiar.
ACTIVIDADES: Contactar con los centros escolares mediante carta y/o teléfono. Cuestionario previo. Charla + audiovisuales. Taller de cepillado. Visita a la sala de fisioterapia. Cuestionario final. Informe al consejo de salud.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Nº de niños que se lavan los dientes 2 veces/dia: Standard 65%,Objetivo 80%
Nº de niños que consumen fruta 2 veces/dia. Standard 30%,Objetivo 40%
Nº de niños que identifican la postura correcta en sedestacion: Standard 50%,Objetivo 70%
Nº de niños que conocen la posicion correcta para llevar la mochila. Standard ND,Objetivo 75%.
La fuente de datos seria los resultados del cuestionario previo

DURACIÓN

Fecha inicio: Septiembre 2016. Fecha finalizacion: Junio 2017
Presentacion del programa a los colegios : Sept-Oct 16
Recepcion de las solicitudes de los colegios : Nov 16
Elaboracion cronograma charlas: Nov 16
Contacto con colegios para explicar la actividad: Nov 16
Entrega de material previo (cuestionarios...) :Dic 16
Grupos de charlas (1 charla /clase) : 1º colegio (3): Enero 17, 2º colegio(3) : Febrero 17, 3º colegio(2) : Marzo-Abril 17.
Recogida de material posterior a las charlas: 1º colegio: Feb.17,2º colegio : Marzo17, 3º colegio :Abril 17.
Evaluacion resultados: Junio-Julio 17
Seguimiento programa: Agosto-Septiembre 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0315

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

Fecha de entrada: 30/01/2018

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.

SAEZ DE GUINOA BERMEJO MINERVA
LAMBAN ANTOÑANZAS CAROLINA
SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ
SANTOS GUERRERO MARIA SOL
GOMEZ BORAO MARIA LUISA
MARTINEZ DOMINGO MARIA PILAR
CATALAN ARANA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Octubre del 2016 se formó el equipo del plan de mejora. El 23 de Noviembre del 2016 se realizó la primera sesión de exploración del pie diabético para informar y motivar al resto de enfermeras. Asistieron 16 de las 20 compañeras del Centro de Salud Sagasta-Ruiseñores.

En Enero del 2017 cada enfermera participante empezó a citarse en consulta programada a sus pacientes diabéticos tipo 2 para realizar la exploración vascular y sensitiva de los pies.

El 23 de Enero del 2017 se volvió a realizar otra sesión de repaso a la cual asistieron 9 enfermeras de nuestro centro de salud.

Para ambas sesiones se empleó la sala de reuniones del centro. En ellas se explicó el procedimiento completo de la revisión del pie diabético utilizando el eco-doppler, el manguito de tensión y monofilamento. Por último se pasó una hoja de firmas para controlar la asistencia.

En agosto del 2017 finalizó el periodo de las exploraciones de pie diabético.

Para la recogida de datos de ideó una hoja en la que se hacía constar datos como edad, sexo, años de evolución en diabetes, tipo de tratamiento actual, valor numérico del Índice Tobillo-Brazo, la palpación de los pulsos (presente -ausentes), el resultado de la sensibilidad con el monofilamento (normal-patológico) y la valoración global del riesgo de padecer una lesión de pie diabético por parte de la enfermera que clasificaba el riesgo en bajo, moderado y alto.

Los datos se volcaron en una hoja de Excel y para valorar la satisfacción del usuario se creó una encuesta con cinco preguntas que se pasó durante los meses de Septiembre y Octubre del 2017.

En Enero del 2018 tuvo lugar la reunión de los responsables del proyecto con el resto del equipo para la presentación de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera evaluación que se realizó a los 6 meses de comenzar el proyecto el porcentaje de pacientes con ITB normal era de un 80%. De los pacientes con ITB patológico, es decir el 20%, un 82% tenían más de 10 años de evolución de enfermedad diabética.

En la evaluación final se compararon los resultados con los objetivos propuestos al inicio.

Respecto a la motivación del equipo de enfermería a realizar la exploración de manera anual se ha conseguido que acudieran el 80% de enfermeras del centro a la primera sesión informativa, bajando al 45% en la segunda sesión.

Como cifra final, el 40% de compañeras, es decir 8, han trabajado en el proyecto obteniendo un total de 109 exploraciones de pie diabético.

De las 109 exploraciones, 74 personas presentaban más de 10 años de evolución en DM2. Cabe destacar que el 70% de estos pacientes llevaban entre 10 y 15 años de evolución y el 9,45% padecían la enfermedad desde hacía 30 años o más, cumpliendo así el objetivo de incluirlos en visita programada.

Teniendo en cuenta la clasificación del riesgo de padecer complicaciones de pie diabético, el 11% presentaban un riesgo alto, el 67% un riesgo moderado, ya que la mayoría eran pacientes con más de 10 años de evolución; y el 22% un riesgo bajo. Entre los pacientes de riesgo moderado y alto, se encontró baja prevalencia de tabaquismo (6,4%)

La combinación de fumador con patología vascular previa estuvo presente solamente en el 1,8%. Tan sólo una persona de las exploradas presentaba úlceras previas, lo que supone el 0,9%.

De los 109 pacientes, dos fueron derivados al médico de familia tras la exploración y uno tenía cita pendiente con el especialista vascular.

En cuanto a los resultados de la encuesta de satisfacción, a el 88% les pareció excelente o muy bien que los incluyeran en un programa de prevención de lesiones del pie diabético. El 92,5% piensa que es una exploración muy completa. Respecto al trato recibido por enfermería fue valorado con un 97,5% como excelente; además este tipo de actividad preventiva les pareció muy buena idea al 100% de los participantes.

El 75,5% de los pacientes estarían dispuestos a participar en más programas de prevención del pie diabético. Los 24,5% restantes contestaron NS/NC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque se redujo el número de enfermeras colaboradoras en el proyecto desde el inicio, se considera un buen porcentaje el 40%. Además cada una de ellas obtuvo un buen número de exploraciones en su consulta, obteniendo el mínimo necesario para realizar el estudio.

Respecto al cumplimiento de los objetivos marcados, el equipo de mejora considera que se ha aumentado el número de exploraciones de pie diabético con respecto a años anteriores, pero es una sensación subjetiva

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0315

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

porque no podemos averiguar cuantas exploraciones se hicieron el año anterior en el mismo periodo, iniciando con este trabajo la futura comparación para años posteriores.
En general, la valoración del equipo ha sido positiva, no han tenido ninguna dificultad e incluso ha habido una mejora en el seguimiento de estos pacientes.
Con la realización de la visita programada de enfermería, ha aumentado el autocuidado y la adherencia al tratamiento. También se considera que la recogida de datos podría haber sido más completa, obteniendo información sobre el autocuidado del paciente, que a pesar de estar registrada en OMI, no permite hacer una lectura rápida de los resultados. Esta debilidad será subsanada en futuros estudios.
También se podrá comprobar si aumenta el número de exploraciones y si las recomendaciones y el control periódico de los pies previene la aparición de posibles complicaciones de pie diabético.
Sobre la sostenibilidad del proyecto y la posibilidad de su replicación, cabe decir que el 50% enfermeras participantes, ya no pertenecen al equipo de atención primaria de este centro, por lo tanto se desconoce si las nuevas compañeras estarán dispuestas a participar en un futuro.

7. OBSERVACIONES.

Respecto a la primera evaluación realizada a los 6 meses, los resultados obtenidos no son del todo correctos debido a una mala valoración del riesgo de padecer pie diabético, es decir, ante una exploración valorada como riesgo bajo, no se tuvo en cuenta que llevar más de 10 años de evolución se clasifica como riesgo moderado. Este error fue subsando en la evaluación final.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/315 ===== ***

Nº de registro: 0315

Título
EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

Autores:
GOMEZ BORAO MERCEDES, SAEZ DE GUINOA BERMEJO MINERVA, LAMBAN ANTONANZAS CAROLINA, CATALAN ARANA IGNACIO, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, MARTINEZ DOMINGO PILAR, SANTOS GUERRERO MARIA SOL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 ha sido catalogada como la epidemia del siglo XXI tanto por su creciente magnitud como por sus complicaciones. En los últimos estudios realizados en España sobre la prevalencia de la DM, se estima que entre el 10 y el 15% de la población adulta tiene diabetes. Varios factores como el envejecimiento de la población y la menor mortalidad de los diabéticos hace que las complicaciones vasculares y neuronales aumenten. La neuropatía diabética es la complicación más frecuente en pacientes con DM2. Se estima que el 40% de diabéticos con más de 10 años de evolución desarrollan alguna neuropatía y sobre el 15% presentarán patología vascular isquémica. La elevada prevalencia de las complicaciones crónicas de la DM, condiciona que se produzca un fuerte impacto sobre los costes sanitarios y atención primaria es el lugar adecuado para disminuir esos gastos mediante la educación sanitaria y la detección precoz de complicaciones. Desde el año 2011, en nuestro centro de salud se ha ido realizando la exploración sensitiva y vascular del pie diabético. Dado que la curación de úlceras (vasculares y neuropáticas) son muy costosas tanto en tiempo de los profesionales como en recursos (apósitos, pomadas, vendas..) nuestro plan de mejora es detectar lo antes posible las complicaciones de EEII para disminuir costes y mejorar la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Detectar pacientes con DM de más de 10 años de evolución e incluirlos en visita programada de enfermería para realizar la exploración sensitiva y vascular.
- 2- Conocer el número de pacientes que al menos una vez se les ha realizado la exploración del pie.
- 3- Identificar los pacientes de riesgo (fumadores y con patología vascular previa).
- 4- Derivar al médico de familia los casos con ITB patológico y si lo cree oportuno al especialista.
- 5- Motivar a enfermería a realizar la exploración de manera anual.
- 6- Aumentar la satisfacción del usuario.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0315

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

- 1- Crear un equipo de enfermeras que forme y motive al resto. Responsable todo el equipo de mejora.
- 2- Enseñar a realizar la revisión sistemática y organizada del pie diabético. Realizarán la sesión M^a Luz Salvador y Marisa Gómez.
- 3- Priorizar pacientes fumadores y con factores de riesgo vascular. Todos los componentes del equipo revisarán los cupos buscando pacientes diabéticos de riesgo.
- 4- Realizar una hoja para registrar el resultado de la exploración. Pilar Martinez, Minerva Saez
- 5- Crear una hoja de excell para registrar a todos los pacientes a los que se le realiza la exploración. Mercedes Gómez.
- 6- Repasar el registro adecuado de los resultados en OMI. M^a Luz Salvador, Carolina Lamban, Ignacio Catalán
- 7- Valorar la satisfacción del usuario mediante una encuesta. Realizará la encuesta M^a Sol Santos y Mercedes Gómez.

INDICADORES

- 1- Número de enfermeras que acuden a las sesiones de formación dividido entre el número total de enfermeras. Se pasará hoja de firmas en cada sesión.
- 2- Número de enfermeras que acuden a la sesiones de formación dividido entre el número de enfermeras que realizan la exploración sensitiva y vascular.
- 3- N^a de pacientes derivados al MAP dividido entre el n^o de pacientes con ITB patológico.
- 4- Porcentaje de pacientes con ITB normal y patológico
- 5- N^o de pacinetes con ITB patológico dividido entre el n^o de pacientes de más de 10 años de evolución.

DURACIÓN

El proyecto se realizará desde octubre del 2016 hasta septiembre del 2017.

- 1- Octubre 2016: Creación del equipo de enfermeras que forme y motive.
- 2- Noviembre 2016: Sesión de exploración del pie diabético.
- 3- Diciembre 2016: Cada enfermera sacará el listado de sus pacientes, detectará los de riesgo y empezará a citarlos en consulta programada.
- 4- Enero 2017: Sesión para explicar la hoja de registro de resultados, el registro en OMI y repasar la exploración.
- 5- De enero a agosto 2017: Realización de la exploración del pie.
- 6- Mayo 2017: Elaborar la encuesta de satisfacción.
- 7- Septiembre 2017: Valoración de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1400

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA 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.
SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ
MARTINEZ DOMINGO MARIA PILAR
ANGUAS GRACIA ANA
MADRIGAL YBARROA MARIEL
GOMEZ BORAO MERCEDES
PEIRO MURILLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En abril del 2017 se reunió el EAP para hablar sobre actividades comunitarias que estaban realizando los distintos profesionales de manera individual.

Un grupo de enfermeras decidió poner en marcha un programa de educación para la salud en el paciente diabético tipo 2.

El equipo trabajó en la programación del proyecto para luego presentarlo al resto de compañeras con el objetivo de aportar ideas nuevas y motivar a la participación.

Para poner en marcha el proyecto se utilizó la sala de reuniones y como material empleado para desarrollar el proyecto se propuso un juego interactivo que consiste en un mapa de conversaciones con dibujos y fichas donde hay diferentes preguntas que deben responder los pacientes sobre diversos temas de la diabetes. Según la ficha, se habla de mitos, definiciones, clasificaciones, preguntas y respuestas...etc. La sesión comienza con una introducción que realiza el profesional sobre el tema y las reglas del juego así va dirigiendo la sesión mediante un manual previamente preparado. Luego cada paciente selecciona unas fichas y van realizando la actividad que se indique.

En cada sesión se utilizará una mapa interactivo diferente. Se programan cuatro sesión y los temas de cada sesión son los siguientes:

Vivir con diabetes
Cómo funciona la diabetes
Alimentación sana y mantenerse en forma
Comenzar el tratamiento con insulina

La duración de las sesiones será de una hora y media. Cada una de estas sesiones tendrá lugar una vez por semana durante un mes, es decir, un tema por semana. La idea fue hacer una ronda en otoño, y otra para primavera. Se programó que durante el mes de Septiembre, se realizara la selección de los pacientes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: capacidad suficiente de aprendizaje, haber pasado por educación individual, tener motivación, no haber recibido educación grupal en los dos años anteriores, presentar mal control metabólico de larga duración y tener una persona que les acompañe a la actividad formativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se realizó debido al traslado de más de la mitad de las enfermeras participantes en el proyecto. Sobre el estándar marcado, se pretendía valorar los conocimientos antes y después de la educación grupal mediante una encuesta. Por otra parte, comparar la cifra de hemoglobina glicosilada y la hidratación de los pies tres meses antes y seis después de la intervención. Las cifras de hemoglobina glicosilada serían obtenidas del OMI mientras que el nivel de hidratación de los pies se mediría mediante la observación.

Para valorar la satisfacción del proyecto se pensó en realizar una encuesta al finalizar el programa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El movimiento de personal de enfermería trajo como consecuencia el abandono del proyecto. La idea es desarrollarlo a lo largo del 2018 con la colaboración de las nuevas enfermeras.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1400 ===== ***

Nº de registro: 1400

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA-RUISEÑORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1400

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Autores:
GOMEZ BORAO MARIA LUISA, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MERCEDES, MARTINEZ DOMINGO PILAR, ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI, PEIRO MURILLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, no solo por su prevalencia, sino también por su elevada tasa de morbimortalidad y sus complicaciones crónicas. Varios factores como el envejecimiento de la población y la menor mortalidad de los diabéticos hacen que las complicaciones vasculares y neurológicas aumenten. Para nuestro centro es un problema de salud prioritario que requiere un cuidado clínico y una educación continua para prevenir las complicaciones agudas y crónicas además de contribuir a mejorar el cumplimiento terapéutico. Consideramos que la educación diabetológica es fundamental para informar, motivar y mejorar la adherencia al tratamiento con el fin de reducir el peso de la cronicidad y aumentar la calidad de vida.

Los inputs y/o consumos que pretende mejorar nuestro proyecto de salud comunitario son los siguientes:

Ayudar a aceptar el diagnóstico de diabetes y aprender a adaptarse a la enfermedad.
Aprender y modificar los hábitos de vida necesarios para tener una buena calidad de vida (dieta, ejercicio, toma de medicación).
Participar en la toma de decisiones para integrar y mantener los nuevos hábitos adquiridos.
Superar miedos y mitos sobre la insulinización y sus consecuencias.
Mediante la educación grupal pretendemos fomentar el autocuidado por parte del paciente con diabetes y la implicación de familiares y/o cuidadores proporcionando conocimientos y habilidades para lograr un buen control de su enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro programa se va a centrar en un grupo homogéneo en función del nivel de instrucción y con características socioculturales semejantes. Los grupos estarán compuestos por un mínimo de 7 personas, si no vienen acompañados por un familiar, y un máximo de 15-20 si acuden acompañados por cuidadores o familiares.
Los objetivos a cumplir son:
- Mejorar la hemoglobina glicada
- Mejorar la cifras de tensión arterial.
- Mejorar conocimientos mediante una encuesta antes y después del programa de salud.
- Aumentar la hidratación del pie, se medirá a los 3 meses en consulta de enfermería.

MÉTODO

Se realizará 2 ediciones anuales según las necesidades y recursos.
Se realizarán 2-3 sesiones en cada edición.
Una sesión semanal.

Las personas serán captadas directamente por médico/a y enfermero/a.
Se incluirán en el programa los pacientes que cumplan los siguientes criterios:
Capacidad suficiente de aprendizaje
Haber pasado por la educación individual
Tener motivación
No haber recibido educación grupal en los 2 años anteriores
Mal control metabólico de larga evolución

Las sesiones grupales duraran sobre 1 hora y media.
En turno de mañana o tarde según las necesidades del grupo.
El lugar de realización de las sesiones grupales será en las instalaciones del centro de salud.

INDICADORES

Se valorarán los conocimientos antes y después de la educación grupal mediante una encuesta.
Para valorar la satisfacción de los pacientes se realizará una encuesta al finalizar el programa.
En consulta se compararán la cifra de hemoglobina glicosilada, tensión arterial e hidratación de los pies, antes de las sesiones y 6 meses después de la intervención.

DURACIÓN

En 1 año se realizarán 2 ediciones del programa, con 3 sesiones en cada edición, de una duración de 1,30 h cada una.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1400

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Los responsables de las sesiones serán:
M. Luz Salvador Visiedo. Enfermera
M. Luisa Gómez Borao. Enfermera
M. Pilar Martínez Domingo. Enfermera
Ana Anguas Gracia. Enfermera
Mercedes Gomez Borao. Enfermera
Mariel Araceli Madrigal Ybarro. Enfermera
Beatriz Peiro Murillo. Medico

OBSERVACIONES

Antigua línea: Diabetes

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0393

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE MARGARITA ESTEBAN ROBLEDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONED IZUEL JESUS
SEVILLA BERMEJO CONCEPCION
HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA
LAGUARDIA OBON ARANCHA
RAMOS LORENTE MARIA
TIHISTA BELLO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Se realizaron 4 sesiones donde participaron el grupo de mejora y otros miembros del EAP para la presentacion y puesta en marcha del proyecto. Se repaso y estudio la documentacion aportada sobre los procedimientos ISO, que regulan las acciones indicadas, y se aconsejo la consulta de esta documentacion en la intranet del sector, donde esta ubicada.

2-Se comenzo a poner en marcha el control e inventario de almacen, aunque no se pudo concluir debido a los cambios de las personas implicadas ocasionados por los concursos de movilidad voluntaria y las jubilaciones.

3-En referencia a la esterilizacion, el personal responsable tuvo una sesion formativa, organizada desde la direccion de enfermeria del sector, existiendo tambien la posibilidad de consultar la documentacion existente en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados son parciales.

En lo referente a la esterilizacion el procedimiento se esta llevando a cabo en su totalidad, aunque no existen indicadores de medida.

En lo referente al control de almacen y material, los procedimientos estan iniciados pero no concluidos. No hay indicadores especificos de cada procedimiento.

El indicador propuesto era comun para todos, y se valoraba el nº de incidencias al mes, individualizadas por procedimiento.

Por parte de las personas encargadas de estas areas, no se han comunicado incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoracion subjetiva del equipo de mejora, es que los objetivos a conseguir estan al 30%. A su juicio debe continuarse el proyecto y es indispensable una adecuada comunicacion de las incidencias para poder obtener los indicadores adecuados, al ser esta la unica manera de saber si la mejora es real o no.

La sostenibilidad del proyecto es clara y necesaria, creemos que la nueva incorporacion de personal, tras las jubilaciones y traslados, daran mayor estabilidad al equipo y se mantendran mas facilmente los proyectos en el futuro.

Consideramos indispensable para el el buen fin del proyecto la cobertura adecuada de las vacantes.

7. OBSERVACIONES.

Es importante señalar que estos procedimientos son compartidos con el EAP San Jose Norte por convivir en la misma estructura fisica.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/393 ===== ***

Nº de registro: 0393

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE CENTRO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0393

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, BONED IZUEL JESUS, VILLANOVA GINER CARMEN, HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA, LAGUARDIA OBON ARANCHA, RAMOS LORENTE MARIA, TIHISTA BELLO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología en atención primaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Pilar Tihista (auxiliar clinica)/ Maria Ramos Lorente
Urgencias: Unidad básica asistencial: Jesus Boned(MF) y Carmen Villanova(MF)/
Arancha Laguardia (ENF)
Esterilización: Pilar Tihista(auxiliar clinica)/Mº Teresa Hernandez (ENF)

INDICADORES

Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- N° de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio, Septiembre, Diciembre.
Indicadores y conclusiones finales: Diciembre.
Propuestas de mejora: Diciembre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0393

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Fecha de entrada: 25/05/2018

2. RESPONSABLE ELISA AREVALO DE MIGUEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ MALUENDA SONIA
COARASA ALMENARA LORENA
JUNCOSA ASIN CARLOS
CASASUS ESCUER ISABEL
BELENGUER ABIAN CRISTINA
LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ejercicios ludopedagógicos supervisados, dinámicos, de sencilla comprensión y realización con los objetivos de : aumentar la permeabilidad de vías aéreas, drenaje postural, expulsión de secreciones bronquiales, movilización de musculatura de caja torácica y abdominodiafragmática. Ejercicios propioceptivos sobre el uso de musculatura respiratoria accesoria.

Se realiza la evaluación final de la actividad según los indicadores señalados y se realiza cooximetría individual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador de seguimiento: la adherencia al taller en general ha sido buena, con un 80% de participación.
Indicador: modificación del hábito tabáquico a los 12 meses. No ha habido cambios en este indicador.
Indicador de mejoría: a los 12 meses ha habido un descenso notable del número de reagudizaciones, sólo 1 paciente ha sufrido 2 reagudizaciones en estos 12 meses.
Indicador grado de satisfacción: se realiza encuesta entre los participantes, el grado de satisfacción con el programa es alto.
Indicador de modificación cooxímetro: al finalizar el programa se observa una disminución media del 15% en los valores de cooximetría.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al finalizar la evaluación del programa mantenemos a los 8 pacientes que finalmente se han adherido a este programa con una buena ejecución y alto grado de satisfacción. Además 2 pacientes más acuden de forma intermitente. Valoran muy positivamente la utilización del juego y sonidos musicales en los ejercicios.

Los pacientes han incorporado a su rutina esta actividad y la ejecución es más ágil, ya que son conocedores de los ejercicios y ellos mismos van dirigiendo la sesión. Se mantiene la duración de la actividad a 20 minutos, ya que se ha observado que es la duración idónea para mantener la atención y facilitar la ejecución de todos los ejercicios propuestos.

Realmente perciben una cierta mejoría en la movilización de secreciones y destacan que han disminuido los procesos catarrales durante el invierno, objetivada también mediante la mejora de los valores de cooximetría.

7. OBSERVACIONES.

Continuamos recomendando la incorporación al equipo de un fisioterapeuta y un monitor de actividad física que pudieran complementar las actividades para fomentar dicha capacidad cardiorespiratoria y de la musculatura respiratoria accesoria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1316 ===== ***

Nº de registro: 1316

Título
TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Autores:
AREVALO DE MIGUEL ELISA, ELBOJ SASO MARTA, SANZ MALUENDA SONIA, JUNCOSA ASIN CARLOS, BELENGUER ABIAN CRISTINA, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, AUDINA ZAPATER MARIA JOSE, FAU MARTINEZ JUANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención secundaria y terciaria patologia respiratoria

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La institucionalización, el tabaquismo, la obesidad, los antipsicóticos y la inactividad física son algunos de los factores más influyentes y que con frecuencia se suelen sumar en muchos de estos pacientes. La reeducación respiratoria son ejercicios básicos que con un mínimo entrenamiento pueden mejorar la función respiratoria. Los pacientes con trastorno mental severo muestran una prevalencia significativamente mayor a la población general en patología respiratoria, peor función respiratoria, mayores tasas de morbilidad, ingresos hospitalarios y un exceso de morbilidad en enfermedades respiratorias.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos que se esperan conseguir son una disminución la sensación de ahogo y favorecer la expulsión de mucosidad bronquial, evitar el deterioro pulmonar, fortalecer la musculatura respiratoria, reducir el trabajo respiratorio y disminuir el numero de reagudizaciones y mejore la calidad de vida de los pacientes
Población diana: Usuarios ingresados en la unidad de larga estancia del CRP y Psicogeriatría que han manifestado problemas respiratorios y más de tres reagudizaciones en los últimos 6 meses.
Sin límite de edad pero que muestren que mantengan conservadas las funciones cognitivas necesarias para participar en la actividad.

MÉTODO

Programa ludo-pedagógico de entrenamiento supervisado y reeducación terapéutica mediante una serie de ejercicios sencillos practicados con cierta regularidad nos va a permitir usar al máximo las capacidades pulmonares. La actividad se llevará a cabo con una frecuencia de 3 veces por semana, en sesiones de 30 minutos cada una. Cada sesión estará dirigida por equipo enfermería-terapia ocupacional, con una valoración inicial por parte del médico de familia del centro.

El taller comprenderá ejercicios de sencilla realización y comprensión, dinámicos y educativos basados en técnicas que ayuden a controlar la disnea, mejorar el estrés y aumentar la resistencia y tolerancia al esfuerzo, así como ejercicios que ayuden a expulsar las secreciones pulmonares y permeabilizar las vías aéreas y por último ejercicios que mejoren la respiración abdomino-diafragmática y fortalezcan la musculatura respiratoria. Adaptado por su puesto a cada edad, comprensibilidad y situación clínica del paciente.

* Permeabilización de vías aéreas y drenaje postural.

*Técnicas de reeducación respiratoria abdomino-diafragmática y acondicionamiento muscular. Movilizaciones de la caja torácica.

*Técnicas para mejorar la disnea y aumentar la tolerancia al esfuerzo. Respiración profunda y controlada. Técnicas de relajación y toma de conciencia respiratoria.

Al inicio del taller se reforzaran conceptos sobre el auto cuidado, el abandono del tabaco, la actividad física, medidas ergonómicas y la adherencia al tratamiento.

INDICADORES

Indicador nº de reagudizaciones a los 12 meses.: Evaluación a los 12 meses

Indicador nº de modificación (incremento del tratamiento respiratorio): Evaluación a los 12 meses

Indicador: modificación si/no en su hábito tabáquico: evaluación a los 12 meses

Indicador de mejoría: Porcentaje pacientes que han disminuido al menos en numero de 2 las reagudizaciones bronquiales con respecto al año anterior.

Indicador grado de satisfacción: Evaluación al final del programa.

Indicador de seguimiento: adherencia al taller.

Indicador de modificación cooxímetro: Cooximetría al inicio del taller, a los 6 meses, a los 12 meses.

DURACIÓN

Inicio Junio 2017.

Con una evaluación semestral y anual de la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ANGELA FORCEN VICENTE DE VERA
· Profesión ENFERMERO/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
LOPEZ MORFIOLI ELENA
FERRERAS GASCO DOMINGO
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
SANZ CARRILLO CONCEPCION
FORCEN VICENTE DE VERA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una sesión semanal durante diez semanas por grupo de 8-10 pacientes.
Antes y después de la relajación: toma de la tensión arterial y escala tipo Likert de autorregistro de ansiedad.
Al finalizar las diez sesiones cuestionario de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados: Aprendizaje y aplicación de la técnica de relajación, discriminación de tensión-relajación, disminución del estado de ansiedad y de las cifras de tensión.
-Mejora resultados de la atención.....completado
-Disminuir riesgos derivados de la atención.....75%
-Mejorar utilización de los recursos.....60%
-Garantizar derechos de los usuarios (y satisfacción)....80%
-Atender expectativas de los profesionales.....75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reducción de semanas a 7 porque las tres últimas son para los pacientes que realmente hayan practicado a diario la relajación y serían sesiones individuales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1571 ===== ***

Nº de registro: 1571

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:
FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, LOPEZ MORFIOLI ELENA, FERRERAS GASCO DOMINGO, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, SANZ CARRILLO CONCEPCION, FORCEN VICENTE DE VERA ELENA, SOLER GONZALEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Las Técnicas de Relajación son un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.

Es conocido que el estrés está vinculado 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.

RESULTADOS ESPERADOS

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

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial.

MÉTODO

Se realizarán una sesión a la semana durante diez 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.

INDICADORES

Previamente a comenzar la relajación se cuantificarán datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasará 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 |

DURACIÓN

El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 4 de septiembre de 2017 primera sesión y finalizando previsiblemente en septiembre de 2018. Diez lunes consecutivos durante media hora práctica de relajación dirigida. Al finalizar se realizará el control de tensión arterial a cada paciente y valoración de las escalas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ANGELA FORCEN VICENTE DE VERA
· Profesión ENFERMERO/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
LOPEZ MORFIOLI ELENA
FERRERAS GASCO DOMINGO
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
SANZ CARRILLO CONCEPCION
FORCEN VICENTE DE VERA ELENA
CAUDEVILLA SOLER CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una sesión a la semana durante ocho semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer en la primera sesión y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pidió que practicasen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda(se les entregó por escrito todos los pasos del programa completo a modo de guía)

Previamente a comenzar la relajación se cuantificaban datos de tensión arterial que se volvían a registrar al finalizar la sesión. Se les pasaba una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación.

Al finalizar el proyecto se les ha repartido un cuestionario de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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.	4 Mucho

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Un paciente al que se le enseña a relajarse, aprendiendo a discriminar la tensión y la relajación, así como a aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida, mejorará su estado anímico y conseguirá reducir las cifras de tensión arterial.

Consideramos fundamental las dos primeras sesiones. En la primera se les informa detalladamente del proceso y se ejemplifican todos los ejercicios que se llevarán a cabo, practicando y comprobando individualmente su adecuación. Y en la segunda se inicia la relajación propiamente dicha.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1571 ===== ***

Nº de registro: 1571

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, LOPEZ MORFIOLI ELENA, FERRERAS GASCO DOMINGO, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, SANZ CARRILLO CONCEPCION, FORCEN VICENTE DE VERA ELENA, SOLER GONZALEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las Técnicas de Relajación son un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.
Es conocido que el estrés está vinculado 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.

RESULTADOS ESPERADOS

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

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial.

MÉTODO

Se realizaran una sesión a la semana durante diez 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.

INDICADORES

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 |

DURACIÓN

El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 4 de septiembre de 2017 primera sesión y finalizando previsiblemente en septiembre de 2018. Diez 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.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE BLANCA LACLAUSTRA MENDIZABAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL
GONZALEZ ARA ANA MARIA
MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS
BENITEZ VIDAL BARBARA
GIMENO VALDES MARIA JESUS
PARDO MONZON ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Se realizaron 4 sesiones donde participaron el grupo de mejora y otros miembros del EAP para la presentación y puesta en marcha del proyecto. Se repaso y estudio la documentación aportada sobre los procedimientos ISO, que regulan las acciones indicadas, y se aconsejo la consulta de esta documentación en la intranet del sector, donde esta ubicada.

2-Se comenzó a poner en marcha el control e inventario de almacén, aunque no se pudo concluir debido a los cambios de las personas implicadas ocasionados por los concursos de movilidad voluntaria y las jubilaciones.

3-En referencia a la esterilización, el personal responsable tuvo una sesión formativa, organizada desde la dirección de enfermería del sector, existiendo también la posibilidad de consultar la documentación existente en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados son parciales.

En lo referente a la esterilización el procedimiento se esta llevando a cabo en su totalidad, aunque no existen indicadores de medida.

En lo referente al control de almacén y material, los procedimientos están iniciados pero no concluidos.

No hay indicadores específicos de cada procedimiento.

El indicador propuesto era común para todos, y se valoraba el nº de incidencias al mes, individualizadas por procedimiento.

Por parte de las personas encargadas de estas áreas, no se han comunicado incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración subjetiva del equipo de mejora, es que los objetivos a conseguir están al 30%. A su juicio debe continuarse el proyecto y es indispensable una adecuada comunicación de las incidencias para poder obtener los indicadores adecuados, al ser esta la única manera de saber si la mejora es real o no.

La sostenibilidad del proyecto es clara y necesaria, creemos que la nueva incorporación de personal, tras las jubilaciones y traslados, darán mayor estabilidad al equipo y se mantendrán mas fácilmente los proyectos en el futuro.

Consideramos indispensable para el el buen fin del proyecto la cobertura adecuada de las vacantes.

7. OBSERVACIONES.

Es importante señalar que estos procedimientos son compartidos con el EAP San Jose Norte por convivir en la misma estructura física.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/396 ===== ***

Nº de registro: 0396

Título

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE NORTE

Autores:

LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA, CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL, GONZALEZ ARA ANA MARIA, MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS, AGUILAR ANTON NATIVIDAD, PINEDA FON PABLO, GIMENO VALDES MARIA JESUS, PARDO MONZON ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología en atención primaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Natividad Aguilar (auxiliar clinica)/ Pablo Pineda (ENF)
Urgencias: Unidad básica asistencial Jose Miguel Campo, Ana Maria Gonzalez, Mº
Jesus Martinez (MF)/Mº Jesus Gimeno (ENF)
Esterilización: Natividad Aguilar(auxiliar clinica)/Ana Pardo (ENF)

INDICADORES

Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio Septiembre Diciembre
Indicadores y conclusiones fina: Diciembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE BLANCA LACLAUSTRA MENDIZABAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL
GONZALEZ ARA ANA MARIA
GARCES GIL SONIA
MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS
BENITEZ VIDAL BARBARA
MAINAR GARCIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este año, el EAP se ha propuesto mejorar los objetivos conseguidos en los procesos de gestión, control de almacén y botiquín, procedimientos de esterilización y desinfección, así como el control y revisión del material de urgencias y la adecuación y el ordenamiento de la medicación y materiales del carro de paradas y del maletín empleado en la atención domiciliaria urgente.
Con esta finalidad, se ha reunido el responsable y los integrantes del proyecto de mejora para replantear los objetivos, procediéndose a la distribución de las tareas de organización, colocación, reposición y revisión de los materiales del carro de paradas.
Se colocaron las hojas diseñadas para la comunicación de las incidencias surgidas en el almacén, carro de paradas, y en los procesos de esterilización, que han sido utilizadas a lo largo del año.
Se ha realizado una sesión de equipo, con el objetivo de enseñar el funcionamiento del nuevo desfibrilador que se ha instalado en el centro de salud, y comunicar al resto de integrantes del equipo, la nueva organización y distribución del material y medicación del carro de paradas. También se impartió una sesión formativa de reanimación cardiopulmonar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el mes de febrero de 2018 hasta enero de 2019, se han producido las siguientes incidencias:
- 12 en el almacén (80 %)
- 3 en botiquín (20 %)
- 0 en el carro de paradas
- 0 en esterilización
Todas las incidencias han sido solucionadas satisfactoriamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusiones se han considerado las siguientes:

- Todos los profesionales del equipo deben conocer la organización del material del carro de paradas y el correcto manejo del desfibrilador.
- Es precisa la revisión mensual de las caducidades de los materiales y fármacos.
- Los profesionales sanitarios deben comunicar a la persona responsable, el consumo de materiales y fármacos utilizados al atender una urgencia, para que se pueda realizar su reposición.
- Necesidad de una sesión anual formativa en reanimación cardiopulmonar

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto de mejora es compartido por los dos EAP que desarrollan su actividad asistencial en el mismo de centro de salud (EAP San José Centro y EAP San José Norte)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/396 ===== ***

Nº de registro: 0396

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE NORTE

Autores:
LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA, CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL, GONZALEZ ARA ANA MARIA, MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS, AGUILAR ANTON NATIVIDAD, PINEDA FON PABLO, GIMENO VALDES MARIA JESUS, PARDO MONZON ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología en atención primaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Natividad Aguilar (auxiliar clinica)/ Pablo Pineda (ENF)
Urgencias: Unidad básica asistencial Jose Miguel Campo, Ana Maria Gonzalez, M° Jesus Martinez (MF)/M° Jesus Gimeno (ENF)
Esterilización: Natividad Aguilar(auxiliar clinica)/Ana Pardo (ENF)

INDICADORES

Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- N° de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio Septiembre Diciembre
Indicadores y conclusiones fina: Diciembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 02/01/2019

2. RESPONSABLE ANGELA FORCEN VICENTE DE VERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA
LOPEZ MORFIOLI ELENA
FERRERAS GASCO DOMINGO
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
SANZ CARRILLO CONCEPCION
FORCEN VICENTE DE VERA ELENA
CADEVILLA SOLER CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una sesión a la semana durante ocho semanas por cada grupo de pacientes (8 ó 10 pacientes) realizando la relajación todos juntos.
En la primera sesión se explica la técnica y se ponen en práctica todos los ejercicios musculares.
Se les pide que la practiquen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se proponía llevar a cabo un proyecto de mejora con el objetivo de que el paciente aprendiese a relajarse y aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida
A todos los pacientes se les ha enseñado a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico.
Han aprendido a discriminar la tensión y la relajación y han conseguido reducir las cifras de tensión arterial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1571 ===== ***

Nº de registro: 1571

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:
FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, LOPEZ MORFIOLI ELENA, FERRERAS GASCO DOMINGO, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, SANZ CARRILLO CONCEPCION, FORCEN VICENTE DE VERA ELENA, SOLER GONZALEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las Técnicas de Relajación son un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.
Es conocido que el estrés está vinculado 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.

RESULTADOS ESPERADOS
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

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial.

MÉTODO
Se realizaran una sesión a la semana durante diez 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.

INDICADORES
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

DURACIÓN
El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 4 de septiembre de 2017 primera sesión y finalizando previsiblemente en septiembre de 2018. Diez 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.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0068

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUDA PARA PERSONAS CUIDADORAS

Fecha de entrada: 23/01/2018

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.

NAVARRO SALDAÑA LUISA
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
BECERRIL GERMAN CARMEN
DOMINGO PASCUAL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- SEIS REFERENTES A
CUIDARA A OTRA PERSONA Y FACTORES RELACIONADOS
- Aspectos y motivos del cuidado
 - Tareas a realizar y sentimientos emergentes
 - Distintas situaciones de cuidado según parentesco
 - Cómo me siento cuidando a mi familiar
 - La responsabilidad y experiencia del cuidado

AYUDA Y PROMOCION PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

- La higiene y arreglo personal: cómo realizar el aseo personal, la ducha, cuidado de los pies, cortado de uñas, cuidado de la piel, higiene de la boca, ojos y oídos, el cabello, el afeitado y la depilación

- El vestido: ayuda a vestir y desvestir

- La eliminación: tipos de incontinencia (causas, técnicas de reeducación y cuidados), cuidados de higiene en la eliminación, uso y tipos de absorbentes, colectores, sondas vesicales, prevención de complicaciones en la incontinencia urinaria y fecal, diarreas y estreñimiento.

- Prevención de úlceras por presión
- Vigilancia y cuidados para la prevención

- Desplazamientos, transferencias y movilizaciones
Necesidad de la movilización y sus objetivos
Movilización en cama
Transferencias: levantamientos desde silla, ponerse de pie...

Cambios posturales
Ayudas para una correcta marcha
Caminar, subir y bajar escaleras

- Adaptación de entorno
Productos de apoyo que se emplean para transferencias, para la marcha.

- La alimentación
Preparación del lugar donde se sientan a comer
Pautas a la hora de sentarse a comer
Elaboración de menús equilibrados
Fenómeno del paciente encamado
Productos de apoyo para ayudar a comer
Negación de la persona a comer y/o beber
Disfagias: signos, consecuencias, medidas a adoptar, alimentos y bebidas que se les puede proporcionar, posibilidades de complementos nutricionales y preparados alimenticios

- Administración de medicación
Dosificación
Trituración
Manipulación
Trucos para recordar las tomas

- Aprender a cuidarse la persona cuidadora
- Comunicarse y tiempo para si - Poner límites al cuidado
- Pedir ayuda, mantener mis relaciones sociales - Claudicación familiar
- Pérdida de autoestima - El sueño

- Comunicación interpersonal entre la persona en situación de dependencia y su cuidador
- Estrategias de afrontamiento

- Recursos sociales -
-Servicios y prestaciones sociales para la autonomía personal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0068

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUDA PARA PERSONAS CUIDADORAS

-Gestión, solicitud y valoración de la situación de dependencia: documentación y proceso.
- Voluntades anticipadas: concepto, la planificación anticipada, el documento y el proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

AUMENTO DEL APOYO A LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES DEPENDIENTES

AUMENTO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS SOCIOSANITARIOS A LOS PACIENTES DEPENDIENTES

CONTINUIDAD DE CUIDADOS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

TRAS LAS EVALUACIONES AL FINALIZAR LAS SESIONES, HEMOS OBSERVADO LA MEJORA EN LA RELACIÓN DE LOS CUIDADORES CON LOS PROFESIONALES DEL CENTRO, MENOR INCIDENCIA EN ULCERAS POR PRESIÓN.
LOS ASISTENTES MANIFIESTAN UN ALTO NIVEL DE SATISFACCION CON LA ACTIVIDAD.

7. OBSERVACIONES.

POR MOTIVOS DE ORGANIZACIÓN DEL CENTRO HAN TENIDO QUE DESPLAZARSE LAS FECHAS PROGRAMADAS.

FALTA DE ESPACIO ADECUADO PARA REALIZAR MEJOR LAS DINÁMICAS DE GRUPO.

TRABAJO EN CS SAN JOSE NORTE y CENTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/68 ===== ***

Nº de registro: 0068

Título
TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

Autores:
BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD, NAVARRO SALDAÑA LUISA, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, BECERRIL GERMAN CARMEN, RUIZ SANZ MARISOL, PUEYO UCAR CRISTINA, DOMINGO PASCUAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SOBRE CARGA DEL CUIDADOR
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
-FALTA DE PREPARACIÓN DE LOS CUIDADORARES PARA ATENDER A SUS FAMILIARES DEPENDIENTES Y DESCONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS.
-COSTE EMOCIONAL ASOCIADO AL ROL DE CUIDADOR.
-EMPEORAMIENTO GLOBAL EN LA SALUD DE LOS CUIDADORES

RESULTADOS ESPERADOS
-MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS
-UTILIZACIÓN RACIONAL DE RECURSOS Y MEJORA DE DE LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR.

MÉTODO
REALIZACIÓN DE SESIONES FORMATIVAS E INFORMATIVAS DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOSANITARIA Y PSICOLOGICA.

INDICADORES
-RESPUESTA POSITIVA A LA CONVOCATORIA DE AL MENOS UN 75%, MEDIDO MEDIANTE LA HORA DE REGISTRO.
-ASISTENCIA DE, AL MENOS, UN 80% A LAS SESIONES, MEDIDO A TRAVÉS DE LA HOJA DE FIRMAS.
-SATISFACCIÓN DE LOS ASISTENTES: 4 SOBRE ESCAL DEL 1 AL 5, MEDIDO A TRAVES DE UNA HOJA DE EVALUACIÓN ENTREGADA EN LA ÚLTIMA SESIÓN.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0068

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUDA PARA PERSONAS CUIDADORAS

6 SESIONES, CON FRECUENCIA SEMANA. LA FECHA PREVISTA DE INICIO ES OCTUBRE DE 2016 Y FINALIZACIÓN EN NOVIEMBRE DEL MISMO AÑO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0055

1. TÍTULO

CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUIRCE SANCHEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Prevención de caries y parodontopatías en niños de 3 a 6 años mediante la educación de salud bucodental a sus progenitores, y a los propios niños mediante pictogramas y facilitadores de la higiene bucal, instrucciones de técnicas de higiene bucodental adecuadas a cada caso e individualizadas.
El resultado obtenido es una disminución en los índices de placa bacteriana y caries en un futuro.
hemos elaborado pictogramas e instrucciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El método de obtención de estos pacientes es a través de las consultas de pediatría, una vez captado el paciente, se programan una serie de visitas periódicas dependiendo de la patología, individualizadas. Se toman índices de placa de Loe Y Silness e índices gingivales y de caries cod. Se registran y se mantiene un seguimiento.
El impacto es reducir estos índices.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pese al pequeño número de pacientes que hemos captado, estamos muy satisfechos con los resultados, hemos conseguido una familiarización de este tipo de pacientes especiales, y una muy importante implicación de sus familias.
El proyecto no supone coste económico, contamos con la colaboración de un laboratorio que nos proporciona un revelador de placa bacteriana, que usamos para elaborar los índices, con lo cual el proyecto es viable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/55 ===== ***

Nº de registro: 0055

Título
CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA

Autores:
VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

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

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

PROBLEMA

Nuestro proyecto continuar la implantación y desarrollo del protocolo de atención a este tipo de pacientes, para optimizar la eficacia y eficiencia de este tipo de atención médica en nuestra consulta.
La necesidad de atención odontológica de pacientes con discapacidad es idéntica a la del resto de la población infantil, si bien desde nuestra consulta debemos llevar a la práctica habilidades emocionales y clínicas diferentes.
Nuestro principal enfoque aumentar la implantación de forma paulatina de nuestro protocolo de atención bucodental en pacientes infantiles con algún tipo de discapacidad desde nuestras consultas en AP, para así

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0055

1. TÍTULO

CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA

obtener una disminución real de la prevalencia de gingivitis, epo y caries.

La población diana escogida abarca las edades desde los 3 hasta los 6 años, ya que a partir de esta edad se derivan directamente a la unidad específica de San Juan De Dios.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir mediante la prevención una prevalencia próxima a 0 de las patologías de gingivitis, epo y caries en población diana mediante la elaboración de un protocolo específico para dichas patologías.

MÉTODO

1. Recogida de pacientes: directos de demanda y derivados de pediatría.

2. 1º visita: Primer contacto con paciente y familia: lograr una familiarización del paciente con nuestra consulta y realizar exploración bucodental.

3. Sucesivas:

-Establecimiento de rutinas de higiene bucodental individualizadas para el paciente, y padres o tutor, mediante el uso de pictogramas como sistema de apoyo. La labor de la familia es fundamental para conseguir niveles óptimos de salud dental.

-Mantenimiento de la salud oral: consejos de dieta, mediante el uso personalizado de hojas de cariogenicidad de alimentos.

- Establecimiento de técnicas de cepillado, adaptándolas a las limitaciones motoras del paciente, uso de pictogramas, etc.

INDICADORES

Apertura de historia clínica para su evaluación y seguimiento.

Indicadores gingivales y de índice de caries.

DURACIÓN

Primer contacto con población diana y seguimiento del mismo, visitas semanales, posteriormente mensuales y trimestrales.

- Apertura de historia clinica, realización de índices de forma sucesiva, así como técnicas de instrucción de higiene oral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0056

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE SUSANA QUIRCE SANCHEZ
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD
BECERRIL GERMAN CARMEN
NAVARRO SALDAÑA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad consiste en la promoción de la salud a través de visitas escolares al centro de salud, con especial hincapié en la salud bucodental.
Consiste en una charla con soporte audiovisual de power point y posterior visita y talleres de los escolares en grupos reducidos por las diferentes salas del Centro de Salud (extracciones de sangre, pediatría, odontología, etc), con el fin de promover hábitos saludables en cuanto a alimentación e higiene, y disminuir la ansiedad que producen las visitas al Centro de salud en los niños.
Posteriormente el el colegio realizan redacciones y dibujos que colocamos en el Centro de salud para que el resto de usuarios lo visualicen.
La visita se realiza durante el mes de marzo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Disminución del miedo y la ansiedad de los niños en las visitas al dentista y a la sala de analíticas, adquisición de hábitos saludables en cuanto a higiene y dieta, sobre todo la bucodental.
Familiarización del niño con el personal sanitario.
Estas charlas se imparten a 46 niños de primero de primaria del colegio Tomás Alvira de Zaragoza, que se continúan con las posteriores visitas individuales anuales reflejadas en el programa de atención bucodental infantil y juvenil del Gobierno de Aragón.
Los niños son captados a través de la dirección del colegio y de las tutoras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto tiene una proyección anual, de hecho estas visitas se vienen realizando desde 2013, es importante implantar los hábitos saludables en la edad temprana e irlos afianzando a lo largo de los años, los niños se refuerzan positivamente cuando ven sus dibujos de promoción de la salud decorando las paredes del centro de salud y eso conlleva una mayor implicación de su familia.
El proyecto es perfectamente sostenible porque no supone coste económico ninguno, y se realiza fuera de la jornada laboral.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/56 ===== ***

Nº de registro: 0056

Título
PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE

Autores:
QUIRCE SANCHEZ SUSANA, BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD, BECERRIL GERMAN CARMEN, NAVARRO SALDAÑA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENTIVO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0056

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE

PROBLEMA

Este proyecto pretende dar a conocer la importancia de la promoción de la salud en niños en edad escolar a través de visitas programadas de escolares al Centro De Salud, estableciendo así la importancia de familiarizarse con el personal sanitario, el tipo de atención sanitaria y preventiva realizada en el centro y conocer los recursos materiales y los espacios y salas de las que consta el centro. Nuestro principal enfoque es incidir para conseguir que este colectivo se implique directamente en la promoción de la salud, hábitos higiénico sanitarios a través de charlas, métodos audiovisuales, e interacción directa con el personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir mediante la prevención, que el niño sea consciente de la importancia de la promoción de la salud, acercar el Centro de Salud a la población y disminuir la ansiedad generalizada provocada por las visitas sobre todo al dentista y a la sala de extracción de muestras y adquirir hábitos saludables.

MÉTODO

Contacto con el colegio y programación de la actividad
Recepción de los escolares en el hall del centro de salud, que acuden acompañados por personal del colegio
proyección de métodos audiovisuales y charla informativa sobre la promoción de la salud en la sala multiusos
visita realizada en grupos de 10 niños como máximo por las instalaciones del centro: sala de extracción de muestras, consultas de pediatría, odontología y otros.
Despedida en el hall y entrega de material de refuerzo

INDICADORES

Interés que muestran cada año los profesores del colegio para continuar anualmente con la actividad
dibujos que nos hacen los niños mostrando lo que mas les ha impactado y gustado

DURACIÓN

PRIMER TRIMESTRE DEL CURSO ESCOLAR

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1104

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR

Fecha de entrada: 04/04/2018

2. RESPONSABLE CARMEN GARCES ROMERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA MANCHO JAVIER MARIANO
PORTERO URIEL LIRIA
SOLA ANTON JOSE
MONE FOZ ESPERANZA
LAVILLA MAVARRO CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras el analisis del informe de la auditoria 2016, de las no conformidades e incidencias y la valoracion de reclamaciones y encuestas a los usuarios y con el fin de mantener la certificacion ISO 9001se establecieron los objetivos de 2017:

1. mejorar el cumplimiento de Servicios mejorando el registro de actividades
2. mejorara la utilizacion del protocolo de Atencion Continuada
3. actualizar las normas de utilizacion de los envases multidosis
4. mejorar la formacion de forma continuada impulsando las sesiones clinicas impartidas por los profesionales del Centro
5. atender a las demandas según reclamaciones y encuesta de satisfacion.

El cronograma de evaluacion se realiza por la aplicacion del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, Revision por la Direccion y Auditoria externa, teniendo atencion especial a los indicadores previstos en el Acuerdo de gestion del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados han sido satisfactorios en la Auditoria interna, sin Desviaciones y no se ha realizado auditoria externa este año en el equipo.

Se han realizado sesiones clinicas impartidas por los miembros del equipo que han supuesto el 30% del total. Incluyendo temas prioritarios del Acuerdo de gestion

Se ha realizado una encuesta propia en el Centro para pacientes del EAP.

Ha habido una disminucion del numero de reclamaciones en el año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implatacion de un sistema de Gestion de la calidad y su mantenimiento supone una mejora continua en nuestro Equipo de atencion primaria (EAP). Se han establecido objetivos e indicadores que permitan medir los procesos de forma estandarizada y permanente con mejora continua dela deteccion de errores, riesgos reales y/o potenciales que permiten avanzar en la mejora de la calidad de la actualcion de profesionales y seguridad de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1104 ===== ***

Nº de registro: 1104

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR

Autores:
GARCES ROMERO CARMEN, LABARTA MANCHO JAVIER, PORTERO URIEL LIRIA, SOLA ANTON JOSE, MONE FOZ ESPERANZA, LAVILLA NAVARRO CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1104

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR

Otro tipo Objetivos: Mantener certificacion ISO 9001

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La implantacion y funcionamiento del sistema de gestion de la calidad, supone la necesidad de mejora continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro equipo de mantener la certificacion UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de getion de calidad normalizado donde los procesos esten perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periodicamente mediante un proceso de mejora continua y deteccion de errores y riesgos reales y potenciales. El EAP de San José Sur del sector Zaragza II se encuentra certificado segun norma ISO 9001 desde el año 2011. Nuestro planteamiento es mantener la certificacion.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es avanzar en la implicacion de todos los miembros del equipo y mantener la certificacin ISO 9001 en el proximo año.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilizacion de la informacion del sistema de Getion de la Calidad como son los informes de auditoria, resultados del seguimiento de objetivos, de indicadores, el analisis de incidencias, reclamaciones y estudio de las no conformidades para la mejora continua.

INDICADORES

Mejorar del cumplimiento de los servicios, mejorando el registro de actividades.
Mejorar de la utilizacion del protocolo de atencion contiuada.
Actualizacion de las normas en utilizacion de envases multidosis
Atender a las demandas segun reclamaciones y encuesta de satisfacion
Impulsar sesiones clinicas impartidas por los profesionales del equipo.
La evaluacion se llevaran a efecto por la aplicacion del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna en abril 2017
Reunion por la Direccion en mayo 2017
Auditoria externa en junio 2017
Seguimiento y cierre si procede de las no conformidades abiertas en la auditoria interna de abril a diciembre de 2017
Formación de los profesionales y sesiones de servicio. junio y diciembre 2017
Seguimiento y evaluacion de indicadores y objetivos planteados. junio y diciembre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 09/03/2018

2. RESPONSABLE LAURA ALBERO MARCEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN OTAL PILAR
MATEO FERRANDO ANA MARIA
FERNANDEZ VALENZUELA ESTHER
FERRERAS AMEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A fecha de 30 de Noviembre de 2017, se ha realizado dos ciclos de 5 sesiones, con mismos temas, en total 10 sesiones, los temas de las sesiones fueron:

1. Lactancia materna, anatomía, fisiología, posiciones y problemas mas habituales
2. Extracción y conservación de la leche materna. Banco de leche. Alimentación y farmacos durante la lactancia
3. Duración recomendada de la lactancia
4. Actuación ante patologías agudas: fiebre, atragantamiento, trastornos gastrointestinales.
5. Uso del Chupete y/o biberon. Alimentación Complementaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. En las primeras 5 sesiones del ciclo se registró una asistencia de 10,8 personas de media a cada sesión, con una nota media de valoración de 9,37 sobre 10
2. En las segundas 5 sesiones del ciclo, donde se repitieron los temas tratados, se registro una asistencia media de 3,4 personas, obteniendo una cifra media de valoración de 9,84 sobre 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con estos datos podemos decir, que a mitad de duración del proyecto se realizaron todas las sesiones previas para ese periodo de tiempo, al realizar una sesión semanal, por lo que se cumple el primer indicador. Así como se obtuvo una buena valoración de las mismas por lo que se cumple el segundo indicador. Si bien, la afluencia al segundo ciclo de sesiones fue mas baja de lo esperado, y pese a que no es un indicador marcado a seguir en este proyecto si nos lleva a plantear nuevos objetivos de cara a la continuidad del proyecto, buscando nuevos temas y no repitiendo, así como se nos plantea la posibilidad de contactar con otros sectores, asociaciones... con objetivos afines a fin de captar mas personas interesadas y enriquecer los temas a tratar desde otras perspectivas e inquietudes. También se plantea la posibilidad de entregar información escrita en diferentes idiomas, al acudir madres de diferentes nacionalidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1492 ===== ***

Nº de registro: 1492

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
ALBERO MARCEN LAURA, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, MATEO FERRANDO ANA MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER, FERRERAS AMEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madres de niños entre 0 y 2 años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternas.

Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.

Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales

Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.

Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales

MÉTODO

1. Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona, Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.

2. Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12'00 a 13'00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de "Canal Imperial". Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).

3. El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.

4. Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES

Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.

Indicador 2: Utilidad: Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Mayo/2017

Fin del proyecto: Mayo/2018

Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.

2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.

Evaluación final en Mayo/18.

Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES

El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE LAURA ALBERO MARCEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN OTAL PILAR
MATEO FERRANDO ANA MARIA
FERNANDEZ VALENZUELA ESTHER
FERRERAS AMEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se han realizado sesiones todos los martes lectivos y los temas que se han tratado han sido:
1. lactancia materna, anatomía, fisiología, posiciones y problemas más habituales
2. extracción y conservación de la leche materna, banco de leche, alimentación y fármacos durante lactancia
3. actuación ante patologías agudas, fiebre, trastornos gastrointestinales, procesos víricos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

se ha conseguido una asistencia media de 7 familias por sesión. y se ha realizado una encuesta mensual donde se puntúa el contenido de la actividad, los aspectos organizativos, evaluación de los profesionales y evaluación global del programa con una calificación media de 9.2 (sobre 10)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la finalización del proyecto se ha conseguido un espacio en el que las madres han compartido dificultades, consiguiendo información apoyo profesional y emocional dándoles confianza en sus habilidades para amamantar y en la toma de sus decisiones y se ha conseguido disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales.

7. OBSERVACIONES.

después de finalizado el proyecto queda consolidado como una actividad ofrecida por el equipo de manera reglada.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1492 ===== ***

Nº de registro: 1492

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
ALBERO MARCEN LAURA, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, MATEO FERRANDO ANA MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER,
FERRERAS AMEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madres de niños entre 0 y 2 años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2 años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Objetivo general:

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternas.

Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.

Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales

Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.

Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales

MÉTODO

1. Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona, Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.

2. Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12'00 a 13'00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de "Canal Imperial". Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).

3. El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.

4. Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES

Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.

Indicador 2: Utilidad: Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Mayo/2017

Fin del proyecto: Mayo/2018

Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.

2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.

Evaluación final en Mayo/18.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES

El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0778

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

Fecha de entrada: 15/02/2018

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.

MAZA INVERNON ANA CRISTINA
MARTINEZ CASBAS PEDRO
BENEDI ARTAL SONIA
SAMITIER LERENDEGUI MARIA LUISA
CASTRO PINEDO NATIVIDAD
MURO BADIA MARIA JESUS
CAUSAPE ALMENARA MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reuniones del grupo de calidad : 7 reuniones en 2017 (enero, febrero, marzo, mayo, junio, julio y septiembre). Las actas de las reuniones del grupo de calidad se recogen en el Servidor San Pablo (Documentación interna_Comisión de Calidad_Actas reuniones).
-Sesiones del grupo de calidad al EAP : sirve para comunicar el proyecto y sus resultados a los profesionales : reunión realizada el 29/03/2017
-Revisión por la dirección : se ha realizado con fecha 04/04/2017
-Auditoría interna : se ha realizado con fecha 23/06/2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-En 2017 se ha conseguido mantener la certificación ISO 9001 realizándose las actividades comentadas anteriormente.
- Se han transmitido al equipo los resultados obtenidos en el Acuerdo de Gestión del año predente (2016) .
- Se ha realizado el registro y seguimiento de incidencias (16) : se mantiene el registro unificado de incidencias en el Servidor San Pablo (Documentación interna_ normas ISO_listado y registro de no conformidades _listado de incidencias) . Se han realizado acciones para animar al registro de incidencias . Se han analizado dichas incidencias en las reuniones del grupo de calidad (ver actas).
- Se ha realizado el seguimiento de las no conformidades abiertas tras la auditoria interna del año precedente (2016) (2) : se ha reflejado en las actas de las reuniones del grupo de Calidad.
- Se han analizado los puntos fuertes en los diversos capítulos especificados por la Norma UNE-EN ISO 9001 obtenidos tras la Auditoría interna de 2017
*Sistema de Gestión de la Calidad : Está recogido en manual de acogida el sistema de organización ante un aviso urgente.
*Gestión de recursos: Existe un sistema de gestión del material que se entrega a los pacientes para la realización de curas en el domicilio.
*Realización del producto: Existe una notable implicación de los profesionales de este EAP en actividades de Atención comunitaria. Los profesionales de admisión explican de forma sistemática los Plazos de garantía en atención especializada.
*Medición, análisis y mejora: El EAP tiene descrito el procedimiento para la atención a Segundas y terceras víctimas.

- Se han analizado los puntos de mejora en los diversos capítulos especificados por la Norma UNE-EN ISO 9001 obtenidos tras la Auditoría interna de 2017, poniendo en marcha las acciones pertinentes para su corrección:
*Sistema de Gestión de la Calidad : No existe evidencia del control de documentación, se han encontrado varios registros sin controlar.(Por ejemplo registro de los materiales proporcionados a los pacientes para curas en domicilio)
*Responsabilidad de la Dirección : No existe evidencia de la respuesta ni en plazo ni contenido a las reclamaciones interpuestas al EAP. No existe evidencia de que la totalidad de los profesionales tengan claves operativas para el acceso al cuadro de mandos.
*Gestión de recursos: No existe evidencia de una recepción adecuada de los pedidos, pues la documentación se encuentra fuera de centro de salud. No se ha podido evidenciar el control de equipamiento.
- Se han abierto no conformidades tras la auditoría del año 2017 : (3) relacionadas con la retirada de los contenedores de agujas para los pacientes, la escasez de material de curas de enfermería, y los resultados en la respuesta de interconsultas de especialistas . Esta última se ha resuelto parcialmente desde la incorporación del EAP al sistema de interconsulta virtual en 2017.
- Se han revisado los resultados obtenidos en los indicadores clínicos del acuerdo de Gestión 2017, así como en los objetivos de uso racional del medicamento (URM) . No obstante, como los datos se acaban de recibir (febrero 2018), está pendiente realizar un análisis más detenido y la puesta en común al EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se considera de gran utilidad para el buen funcionamiento del EAP mantener la Certificación ISO, ya que permite detectar los problemas y tender a la mejora continua en la prestación de los servicios de atención de salud propios de atención primaria (promoción y educación sanitaria, prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria) .
- Se ha mejorado en algunos indicadores clínicos del Acuerdo de Gestión y en otros se ha empeorado. Está pendiente informar al equipo y analizar las causas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0778

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

- Está pendiente realizar el análisis de los resultados obtenidos en los objetivos de URM incluidos en el acuerdo de gestión clínica 2017.

7. OBSERVACIONES.

Todo el Equipo está muy implicado en la gestión de la calidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/778 ===== ***

Nº de registro: 0778

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

Autores:
VALVERDE ARANDA SELMA, MAZA INVERNON ANA CRISTINA, MARTINEZ CASBAS PEDRO, BENEDI ARTAL SONIA, SAMITIER LERENDEGUI MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de San Pablo del sector Zaragoza II se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2010.

Nuestro plantenamiento es mantener la certificación ISO 9001

RESULTADOS ESPERADOS
La prestación de los servicios de atención de salud propios del nivel de atención primaria, incluyendo promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria, adoptando el sistema de gestión de calidad (norma ISO 9001)

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Tras la Auditoría Interna (26/04/2016), se destaca la necesidad de formación en diversas áreas, como pueden ser el seguimiento del cuadro de mandos de diabetes o los registros en OMI de las interconsultas con Atención Especializada. Se va a plantear como sesiones en el plan de formación de 2016-2017.

En relación a las no conformidades abiertas, se mantiene abierta la NC-3 relacionada con equipamiento (solicitud de megafonía nueva). En relación con el procedimiento de esterilización se está en proceso de adaptación de la norma del sector.
Asimismo se pretende la mejora de los datos de los indicadores de objetivos marcados por la dirección, aunque algunos de ellos no se tienen datos previos al ser de nueva evaluación.

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0778

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: abril 2017

Revision por la Direccion: mayo 2017

Auditoria Externa: junio 2017

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

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

-Formación de los profesionales y sesiones del CS (sept2016-junio2017)

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados (cada cuatrimestre 2016-2017)

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0860

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE NIMA PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESCARTIN LASIERRA PATRICIA
GIMENO FELIU LUIS ANDRES
ALONSO BARRIO PAULA MARIA
PASTOR SANZ MARTA
GOMEZ MAINAR IRIS
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Semanalmente se realizan 5 paseos de aproximadamente 1 hora de duración que parten del CS. Los lunes y miércoles son paseos con acompañamiento de miembros del EAP, estudiantes y personal sanitario en formación (MIRes y EIRes). Cada año participan como acompañantes unos 25 profesionales distintos del EAP, incluyendo auxiliares administrativas. Los martes, jueves y viernes el grupo de paseo sale de forma autónoma. Los paseos constan de unos ejercicios de calentamiento previos y ejercicios de estiramientos y relajación posteriores a la actividad física. Además, se han realizado actividades paralelas a los paseos:

- Colaboración de los paseantes en otras actividades comunitarias como el rodaje del corto 'El poder del chaleco'
- Desayuno cardiosaludable con la Asociación de Detallistas del Mercado Central.
- Taller sobre Ruido y Salud en el Servicio de Mediación del barrio (Amediar)
- Paseo cardiosaludable conjunto con paseantes de la asociación de vecinos del barrio de Delicias, realizado el jueves 25 de mayo, finalizando con un almuerzo saludable.
- Paseo cardiosaludable con paseantes del CS Rebolería, realizado el miércoles 14 de junio, acabando el mismo con un almuerzo 'de hermandad'
- Paseo con almuerzo celebración fin de curso: realizado el miércoles 28 de junio.

A nivel interno, hemos realizado dos reuniones organizativas del grupo de mejora de calidad de los paseos, además de sesiones clínicas y de EAP en las que se ha recordado la prescripción de ejercicio físico y se ha valorado la mejora en el registro de las actividades realizadas a través de una agenda específica de Educación para la Salud en OMI-AP.

También se ha presentado la actividad a la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se trata de una actividad comunitaria consolidada, con buena acogida por parte de los pacientes y del propio EAP. Actualmente hay un grupo fijo de unos 22 paseantes al que cada día se añade una o dos personas nuevas. Cabe destacar que los profesionales implicados en el desarrollo de la actividad no son sólo personal sanitario, sino que también participa de forma activa personal administrativo del CS.

Se incluye como actividad formativa para estudiantes de medicina, enfermería y fisioterapia que rotan por el CS. Del mismo modo, dentro de la formación de MIRes y EIR se incluye esta actividad como una más dentro del trabajo habitual del CS, valorando la realización de actividades comunitarias como ésta como parte de la labor asistencial del centro y dentro de los objetivos de formación MIR establecidos en el programa oficial de la especialidad.

Se hace una evaluación mediante una encuesta cada tres meses, aquí está el del último trimestre:

https://docs.google.com/forms/d/1R5tiP1J4l9apmQwrfYVdT_GhV9H2Em3bQhWUgXiHPlg/edit?usp=sharing

Al final de la temporada de los paseos (final de junio), se pasó una encuesta a los paseantes para conocer su grado de satisfacción con la actividad, mas ideas de mejora; se cumplimentaron un total de 12 encuestas, con los siguientes resultados:

La mayoría de paseantes son mujeres, entre 65 y 75 años, pertenecientes al centro de salud; un 72% acuden dos días por semana. La mayoría acuden desde hace menos de dos años, y un 25% de los encuestados, más de 3 años.

Un 54% fueron animados al paseo por su médico de familia, un 18% por enfermería, 18% amigos y otro 18%, por carteles colocados en el centro. En cuanto a percepción de mejora en la salud, la mayoría considera que ésta ha mejorado bastante-mucho, en particular los aspectos relacionados con la fatiga y la mejora de las relaciones sociales y el estado anímico. Además, 11 de los 12 encuestados realizan alguna actividad física añadida, como gimnasia de mantenimiento y baile.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los paseos cardiosaludables son una intervención sencilla de realizar que tiene un impacto importante en la salud y en la percepción de la misma por parte de sus participantes (profesionales y ciudadanía). Su implantación precisa únicamente de voluntad por parte del personal del centro de salud con apoyo de la dirección para hacer frente a las posibles dificultades organizativas. Es un proyecto sostenible en cuanto que no precisa material específico y que puede ser replicado con facilidad en cualquier otro entorno.

Como posibilidad de mejora estaría ampliar el número de paseantes mediante captación activa y la mejora en los sistemas de registro (limitación de la agenda de EPS en OMI-AP).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0860

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/860 ===== ***

Nº de registro: 0860

Título
GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

Autores:
PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, ESCARTIN LASIERRA PATRICIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES, ALONSO BARRIO PAULA MARIA, NUIN CONS ELENA, PASTOR SANZ MARTA, GOMEZ MAINAR IRIS, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades de Promoción de la Salud en población general.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El sedentarismo o falta de ejercicio físico es uno de los males endémicos de nuestra sociedad del siglo XXI. Se acompaña de otros problemas asociados músculo esqueléticos, enfermedades cardiovasculares, obesidad y otras patologías como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades mentales y otros. La Organización Mundial de la Salud, las principales líneas de acción de la Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad o el Ministerio de Sanidad y Política Social a través de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad, también conocida como Estrategia NAOS recomiendan la realización de actividad física además de una dieta adecuada. En Aragón, como marco de promoción de alimentación y actividad física se desarrolla la Estrategia PASEAR. Las últimas recomendaciones, dentro de la Estrategia de Promoción y Prevención del SNS recomiendan la realización de al menos 150 minutos de actividad física a la semana para personas adultas. También somos conscientes de cómo los determinantes sociales influyen en la salud de la población y como una favorable red social puede ser un factor protector de la salud. Atendiendo a la necesidad de mejorar la salud de las personas, no solo a través de la atención clínica en las consultas si no también con intervenciones comunitarias proponemos la continuidad de un programa de paseos cardiosaludables que estimulen la realización de ejercicio físico entre nuestros pacientes y la mejora de sus redes sociales.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mantener esta actividad comunitaria como recurso para la prescripción de ejercicio físico en las consultas
- Mejorar el registro de realización de actividades comunitarias
- Mejorar la formación en prescripción y realización de ejercicio físico por parte del CS y otros CS
- Valorar la satisfacción de las personas participantes en los paseos y la mejora de su calidad de vida a través de encuesta de satisfacción creada ad hoc.

MÉTODO
Proyecto ya consolidado, con continuidad.

INDICADORES
Valoración de la auto-percepción de su salud en las personas participantes a través de encuesta realizada ad-hoc y autoadministrada.
Valoración de las características de la población participante en cuanto a edad, sexo, patología crónica, etc.
Valoración de la realización de otras actividades complementarias a los paseos, como la participación en el Gimnasio de Mayores sito en el solar junto al CS.

DURACIÓN
La actividad tiene duración anual, con periodos de descanso entre los meses de junio y agosto, coincidiendo con los periodos vacacionales más largos.
Las actividades se desarrollan según calendario, con sesiones clínicas al EAP trimestrales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0860

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

La encuesta de valoración ad hoc de los participantes se autoadministra de forma bianual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1075

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA NUIN CONS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ MAINAR IRIS
MARCO BRUALLA MARIA
ALONSO BARRIO PAULA MARIA
EGUILUZ LOPEZ MERCEDES
COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se dividió en cuatro fases bien diferenciadas. Actualmente se han realizado las dos primeras. Hemos creído conveniente posponer y replantear metodológicamente las últimas dos fases, dado que en los últimos meses se han producido cambios a nivel de la comunicación/derivación entre Atención Primaria y Atención Especializada, introduciendo la "Interconsulta virtual".

-Primera fase: En la primera fase teníamos como objetivo analizar la situación actual de aquellos pacientes con diagnóstico "Hepatitis viral" (CIAP D72) en el Centro de salud San Pablo. Para ello se solicitaron los datos de dichos pacientes adscritos a la base de datos de usuarios del centro de salud San Pablo, al servicio de informática del Sector Zaragoza 2. Se cumplieron los siguientes criterios de Exclusión: Episodios CIAP D72 que corresponden a errores de codificación y no hacen referencia a Hepatitis. Pacientes con episodio CIAP D72 abierto en el que no se han realizado serologías o no hay constancia de las mismas en el episodio, historia clínica electrónica o historia en papel. Pacientes con diagnóstico de Hepatitis A. Se realizó la recogida de datos a través de la información que consta en OMI-AP, historia clínica electrónica e historia de papel previa a la informatización de nuestro centro de salud en 2003, elaborando una base de datos, donde constaran: Diagnóstico: portador inactivo VHB, infección VHB pasada con estado de inmunidad, infección crónica VHB, infección VHB pasada sin anticuerpos antiHBs, VHB sin solicitud de ADN viral, infección por VHC pasada, infección por VHC crónica; Si existía o no derivación a atención especializada (Digestivo y/o Infecciosas); Si había recibido tratamiento para esta infección y había sido registrado; Genotipo del VHC; Si se había realizado la carga viral a lo largo del transcurso de la infección; Si hubo curación, con o sin tratamiento.

Posteriormente se analizaron los datos obtenidos, realizando un estudio observacional retrospectivo.

- Segunda Fase: En la segunda fase del proyecto se estableció contacto vía email con los responsables de los diferentes servicios de Atención Especializada que estaban implicados en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con hepatitis B y C en nuestro Sector: Digestivo, Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Se valoró positivamente por parte de todos la posibilidad de mejorar el diagnóstico y seguimiento actual de los pacientes con diagnóstico de Hepatitis B y/o C, y se acordó planificar una reunión en la que poder intercambiar impresiones en cuanto a la vía de derivación de estos pacientes a atención especializada y la manera de mejorar el diagnóstico inicial en un único paso (teniendo en cuenta que hasta ahora no se puede solicitar la carga viral desde AP). Esta reunión no se llevó a cabo finalmente por la introducción de la Interconsulta virtual, que ha proporcionado una manera de hacer llegar a Atención especializada los datos de sospecha de una hepatitis, sin esperar a que el paciente sea visto en consulta, pudiendo agilizar así el diagnóstico definitivo y/o acceso al tratamiento.

- Las dos últimas fases de este proyecto han quedado pendientes. Consistían en realizar primero una sesión con el equipo de atención primaria, para mostrar los resultados obtenidos hasta el momento y plantear como objetivo la mejora de los mismos (en función de los cambios acordados con Atención especializada); y posteriormente volver a valorar a dichos pacientes tras un periodo de tiempo en el que se pudieran implementar las mejoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos obtenidos con la información que consta en OMI-AP, historia clínica electrónica e historia de papel, arrojaron los siguientes resultados de la población:

- El 57.7% de los pacientes del estudio tenían diagnóstico de Hepatitis B (VHB) (64.61% hepatitis pasadas y 35.39% crónicas, portador o infección crónica).
- El 30.9% tenían diagnóstico de Hepatitis C (VHC) (79.19% hepatitis crónicas y 20.81% pasadas).
- Un 11.66% de los pacientes presentaba coinfección VHB-VHC y un 10.51% presenta coinfección VHBy/oVHC con VIH.
- El 40.5% eran mujeres y el 59.5% hombres.

Los indicadores recogidos en este proyecto fueron:

- Pacientes con AgHBs+ derivados a atención especializada x100/total de pacientes con AgHBs+ = 74.76%
- Pacientes con antiVHC+ derivados a atención especializada x100/total de pacientes con antiVHC + =83.2%
- Paciente con AgHBs + con carga viral registrada x 100/total de pacientes con AgHBs+ = 29.13%
- Pacientes con antiVHC+ con carga viral registrada x 100/total de pacientes con antiVHC+ = 56.38%
- Pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica por VHB que han recibido tratamiento x 100/total de pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica por VHB = 19.42%
- Pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica por VHC que han recibido tratamiento x 100/total de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1075

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica por VHC = 25.5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como ya se ha reflejado en el apartado de actividades realizadas, quedan aún pendientes las dos últimas fases de este proyecto, que podrían llevarse a cabo durante el próximo año tras afianzarse el sistema de la interconsulta virtual, que ha influido en el desarrollo de este proyecto.

El estudio realizado ha mostrado un alto porcentaje de adecuación de derivación a At. Especializada y un bajo registro de datos de carga viral y tratamiento en OMI-AP. Hemos valorado que parte de los resultados pueden estar sesgados por la falta de una historia unificada informatizada entre AP y Atención especializada (teniendo además en cuenta que hasta el año 2003 no se informatizaron las Historias clínicas en nuestro centro de salud, y hasta el 2005 no tenemos unificados los resultados de microbiología con la historia informática del paciente). Además contamos con que en algunos casos se ha podido perder el seguimiento inicial por múltiples motivos: dificultades con el idioma, cambios de domicilio, pérdida de citas...(sin poder ser confirmado ni calculado con los datos que tenemos disponibles).

Al inicio del proyecto, creíamos que podía haber tres opciones de mejora: encontrar una mejor vía de comunicación entre At. Primaria y Especializada, reducir los pasos intermedios en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, y permitir la solicitud de la carga viral desde At. Primaria. Actualmente en el marco de la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España se formulan unos objetivos entre los que se encuentran: garantizar la derivación a Atención especializada y la continuidad asistencial, mejorar los circuitos de coordinación entre primaria y especializada, implementar el diagnóstico de VHC en un solo paso, y garantizar la equidad.

Creemos que las mejoras en la comunicación entre primaria y especializada en nuestro Centro ya van en la línea de los dos primeros objetivos, pero aún se podrían plantear mejoras en este aspecto y en el del diagnóstico en un solo paso y la equidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1075 ===== ***

Nº de registro: 1075

Título
ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Autores:
NUIN CONS ELENA, PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, EGUILUZ LOPEZ MERCEDES, PASTOR SANZ MARTA, GOMEZ MAINAR IRIS, MARCO BRUALLA MARIA, ALONSO BARRIO PAULA MARIA, COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el mundo hay 400 millones de personas infectadas por virus de la hepatitis B o de la hepatitis C. En 2016 la OMS estableció como meta tratar a 8 millones de personas de aquí a 2020. En los últimos años ha habido cambios importantes en el conocimiento de la historia natural de la infección, el tratamiento y el manejo de las hepatitis. La aparición de nuevos fármacos con altas tasas de éxito a la hora de erradicar el virus, y los cambios en los criterios de selección de los pacientes candidatos al tratamiento, han obligado a modificar los criterios de manejo de estos pacientes. Nos proponemos analizar el estado actual de estos pacientes revisando cómo se realizó el diagnóstico, seguimiento y tratamiento. En nuestro sector sanitario no se puede solicitar la carga viral desde atención primaria por lo que todos los pacientes con IgG positiva de VHC, o HBags positivo de VHB deben ser remitidos a atención especializada.

RESULTADOS ESPERADOS

Evaluar si los casos de hepatitis B y C en nuestro centro de salud están diagnosticados correctamente según serologías y el seguimiento realizado. Identificar aquellos en los que se debe completar el estudio en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1075

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

atención primaria o especializada. Describir las características de los pacientes con diagnóstico de hepatitis viral en nuestro centro y las características sociodemográficas que hayan podido influir en el seguimiento.

MÉTODO

Revisión de todas los pacientes adscritos a la base de datos de usuarios del centro de salud San Pablo en los que conste un episodio CIAP D72 (hepatitis viral).

Criterios de Exclusión:

Episodios CIAP D72 que corresponden a errores de codificación y no hacen referencia a Hepatitis.

Pacientes con episodio CIAP D72 abierto en el que no se han realizado serologías o no hay constancia de las mismas en el episodio, historia clínica electrónica o historia en papel.

Pacientes con diagnóstico de Hepatitis A.

Se solicita listados de pacientes con CIAP D72 a Sº de informática del sector Zaragoza 2, analizando todos los casos del CS San Pablo.

Se realizará la recogida de datos a través de la información que consta en OMI-AP, historia clínica electrónica e historia de papel previa a la informatización de nuestro centro de salud en 2003 en una base de datos, donde constarán:

Diagnóstico: portador inactivo VHB, infección VHB pasada con estado de inmunidad, infección crónica VHB, infección VHB pasada sin anticuerpos antiHBs, VHB sin solicitud de ADN viral, infección por VHC pasada, infección por VHC crónica.

Si existe o no derivación a atención especializada (Digestivo y/o Infecciosas)

Si ha recibido tratamiento para esta infección si hay constancia del mismo.

Genotipo del VHC

Realización de la carga viral a lo largo del transcurso de la infección

Si ha habido curación y si este se ha producido tras recibir el tratamiento.

Revisión de los pacientes que han de ser derivados

Se analizarán los datos obtenidos, recogiendo las conclusiones. Posteriormente se realiza una actividad informativa con los miembros del EAP San Pablo presentando los datos en conjunto e informando individualmente a cada médico de la situación de sus pacientes y de las actividades pendientes para mejorar su seguimiento.

Se mantendrá contacto con los FEA digestivo de nuestro sector para establecer un protocolo de derivación más eficiente que el actual.

INDICADORES

Pacientes con antiVHC + y carga viral conocida/total pacientes antiVHC+

Pacientes con antiVHC+ derivados a At especializada/total pacientes antiVHC+

Pacientes con antiVHC+ tratados/total pacientes antiVHC+

Pacientes con AgHBs+/total pacientes con AntiHBc+

Pacientes con AgHBs+ con carga viral conocida/total pacientes con AgHBs+

Pacientes con AgHBs+ derivados a At especializada/total pacientes AgHBs+

Pacientes con AgHBs+ tratados/total pacientes AgHBs+

Criterios derivación:

Hepatitis B: Infección crónica por VHB (persistencia más de 6 meses de HBsAg+): se derivarán para valorar necesidad de tratamiento (carga viral, niveles de transaminasas...). Todo paciente con HBsAg+ será remitido ya que en atención primaria no es posible solicitar detección de ADN de VHB y porque la detección de HBeAg y AntiHBe como indicador de replicación del VHB en nuestro medio está limitada por la alta prevalencia de infección por mutantes pre-core. En caso de detectarse infección crónica (o de evolución desconocida) con HBsAg+ y HBeAg+ deberán derivarse a atención especializada.

Hepatitis C: Se derivarán todos los pacientes con serología positiva de Hepatitis C para determinar si presentan replicación de ARN de VHC ya que es una determinación que no se puede solicitar desde atención primaria.

DURACIÓN

Duración: 1 año. Noviembre/diciembre 2016 análisis datos y presentación en el Centro de Salud. Enero/febrero 2017 reunión con especialistas de digestivo de referencia para establecer circuitos de derivación. Marzo a junio de 2017 contactar con los pacientes que no cumplan criterios de aceptabilidad de seguimiento y realizar los procedimientos adecuados para mejorar el seguimiento.

OBSERVACIONES

Modificación sobre el Proyecto nº 856

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE JORGE GONZALO PEÑA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN JIMENEZ JULIA P
PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA
DUPLA ARENAZ MARIA
FERNANDEZ VALENZUELA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés de 0 a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona. Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.
2. Instaurar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Una sesión semanal: los Martes de 12'00 a 13'00 horas, en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de "Canal Imperial".
Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés.
3. El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.
4. Se han impartido las sesiones según la organización que se estableció entre los profesionales. Se valora en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.
5. Tras dos meses y medio de sesiones se acordó con el grupo que se realizaría una sesión mensual con la matrona.
6. Dos meses después el grupo dejó de convocarse en el centro de salud y se acordó que fueran las madres las que se pusieran en contacto entre ellas para continuar citándose en grupo en otro lugar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.
No se llegó a completar por acuerdo entre profesionales y participantes, ya que se vió que no demandaban tantas sesiones.
Indicador 2: Utilidad: Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1.
Se recogieron las encuestas durante esos dos meses y medio. La valoración media fue superior a 9 sobre 10, por lo que se apreció gran satisfacción entre las participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como valoración positiva la creación del grupo, la participación inicial tanto de profesionales como de las madres participantes. Hubo una muy buena valoración de la utilidad del grupo. Sirvió también para iniciar una mejor comunicación entre las madres y el servicio de pediatría y matrona.
Aspectos a mejorar fueron la organización del lugar de reunión, ya que se quejaron en varias ocasiones por el calor y por el espacio. También a mejorar puede ser el instaurar un grupo permanente de madres que quieran llevar entre ellas la organización y gestionar el horario más conveniente para el grupo.

7. OBSERVACIONES.

El mantenimiento de este tipo de proyectos sería interesante que quedara en manos de una persona del equipo de salud, cuya labor fuese tan solo la de nexo entre las nuevas madres y el grupo. Siendo este gestionado por una participante.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1486 ===== ***

Nº de registro: 1486

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
GONZALO PEÑA JORGE, MARIN JIMENEZ JULIA P, PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA, DUPLA ARENAZ MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENEZIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madre de niños entre 0-2años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional
Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternales.
Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.
Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales
Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.
Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales.

MÉTODO

1. Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona, Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.
2. Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12'00 a 13'00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de "Canal Imperial". Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).
3. El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.
4. Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES

Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.
Indicador 2: Utilidad: Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1.

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Mayo/2017
Fin del proyecto: Mayo/2018
Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.
2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.
Evaluación final en Mayo/18.
Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES

El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Fecha de entrada: 26/01/2018

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.
ESCARTIN LASIERRA PATRICIA
GIMENO FELIU LUIS ANDRES
ALONSO GREGORIO MILAGROS
PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA
PASTOR SANZ MARTA
NUIN CONS ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este año hemos elaborado 5 audiovisuales:
-El poder del chaleco.
-En el barrio del Gancho aprendemos a salvar vidas.
-En el barrio del Gancho nos cuidamos.
-Pasacalles del Gancho.
-Colaboración con la iniciativa Danza trayectos "Abrazos"

De estos, el proyecto más completo y al que haremos referencia en la evaluación es la elaboración del cortometraje "El poder del chaleco". Los otros audiovisuales o bien son proyectos mucho más sencillos o son una actividad más de otros proyectos no presentados como proyectos de mejora.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

El poder del chaleco, fue un proyecto colaborativo llevado adelante entre el centro de salud y :
- Amediar: colectivo que trabaja en temas de mediación y gestión de conflictos en el barrio. Como muchos de estos conflictos tienen relación con temas de limpieza y ruido en el barrio, éstos son temas que trabajan habitualmente. Cada año realizan la formación de un grupo de agentes comunitarios, que son un grupo de vecinos del barrio, que son formados, para que luego sean ellos mismos los que trabajen desde el barrio en temas de mediación y gestión de espacios.
- Grupo de teatro comunitario del Gancho: éste es un grupo de teatro gestionado desde el Centro Social Comunitario Luis Buñuel. Es un proyecto que parte de la convicción de que el arte mejora la calidad de vida de las personas y la de la comunidad.
Nace de la voluntad de juntarse, organizarse y expresarse colectivamente. Es un proyecto teatral de la comunidad para la comunidad. Tiene como fundamento de su hacer, la convicción de que toda persona es esencialmente creativa y que sólo hay que crear el marco y dar la oportunidad para que esta faceta se desarrolle. Trabaja desde la inclusión y la integración, por lo tanto es abierto a toda persona que se acerque y quiera participar, de manera voluntaria y en carácter amateur, es decir, con amor por lo que se hace. Está abierto a la participación de cualquier persona, sin importar la experiencia o la edad.

Para el desarrollo de este proyecto hemos realizado las siguientes actividades:

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS

- Reuniones conjuntas para realizar una lluvia de ideas para la elaboración posterior del guion. (2 reuniones)
- Elaboración del guion con las ideas recogidas.
- Reuniones conjuntas para organizar el rodaje: cronograma, fechas de rodaje, reparto de papeles, materiales necesarios, y necesidades para cada día de rodaje (2 reuniones).
- Reunión con laboratorio audiovisual Zaragoza cultural del centro de historias, para préstamo de material.
- Reunión del grupo de Participación comunitaria del centro de salud para organizar tareas y colaboraciones para los días de rodaje.
- Reunión con la persona encargada de crear la canción final del cortometraje.
- Ensayo con el grupo de flamenco Tirititrán, junto con el resto de colaboradores de la canción final del cortometraje.
- Contactos con otros colectivos colaboradores: Asociación de vecinos Lanuza-casco Viejo, Grupo de paseantes del centro de salud, REMAR, Ozanam, para concretar las colaboraciones.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN

Se diseñó un cartel para difundir on line pidiendo colaboración y convocando a personas interesadas en participar, para el ultimo día de rodaje, día en el que se rodó la canción final.
El corto se presentó al certamen cine y salud y al IV Festival de Cortos del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud sobre Salud Comunitaria. Los dos certámenes tienen un periodo de difusión on line, de cara a difundir los cortos y según las visualizaciones entregar el premio del público.
Cartelería y folletos, aunque sobre todo difusión on line de la convocatoria para el estreno del corto en el centro social comunitario Luis Buñuel.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Artículo en el Heraldo de Aragón preguntando sobre el cortometraje y el problema de limpieza que es sobre el que incide el corto.

INTERVENCIÓN

El rodaje se organizó en 3 sesiones, realizadas en fin de semana que es cuando la disponibilidad de los colaboradores era mayor:

- El primer día se rodaron en el local de Amediar, las entrevistas a los superheroes.
- El segundo día se rodaron en el barrio las escenas de situaciones cotidianas que ocurren en el barrio en torno a la limpieza
- El tercer día se rodó la escena final del cortometraje con la canción que lo cierra.

Participación en la jornada del Día Mundial de la Salud, jornada a la que acudimos con muchos de los colaboradores.

Estreno del corto en el CSC Luis Buñuel en un acto que contó también con actuaciones del Grupo de teatro comunitario y el Grupo de Flamenco Tirititran.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS Y RESULTADOS ALCANZADOS

Como comentábamos en el apartado anterior, este año se han elaborado 5 audiovisuales:

El poder del chaleco.
En el barrio del Gancho aprendemos a salvar vidas.
En el barrio del Gancho nos cuidamos.
Pasacalles del Gancho.
Colaboración con la iniciativa Danza trayectos "Abrazos"

Respecto a la consecución de los objetivos planteados creemos que todos se han conseguido completamente de la siguiente manera:

OBJETIVO 1: Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la salud en su sentido más amplio.

El material ha sido elaborado. Dicho material responde a una problemática que afecta al barrio de distintas maneras y que es la limpieza y gestión de residuos en el mismo. Es un problema muy presente y que directa e indirectamente afecta a la salud de las personas.

OBJETIVO 2: Fomentar vínculos y relaciones entre profesionales, usuarios y colectivos del barrio.

Este ha sido uno de los puntos fuertes del proyecto. Este proyecto ha sido un proyecto colaborativo entre 3 entidades que a la vez tienen fuertes vínculos con otras entidades y vecinos del barrio. La elaboración del cortometraje ha precisado bastantes reuniones y momentos que compartidos han hecho que los vínculos que ya existían se hayan fortalecido y a la vez, hayamos conocido a nuevos vecinos y personas con las que hemos creado nuevos vínculos. A la vez el estreno del corto congregó a muchas personas y colectivos del barrio que normalmente no coinciden en el mismo espacio: Personal de servicios sociales y usuarios, personal del centro de salud, personas vinculadas al CSC Luis Buñuel y paseantes del centro de salud, vecinos del barrio de colectivos y etnias diversas etc... Ese espacio compartido creemos que alimentó un sentimiento de barrio y de pertenencia que es importante alimentar.

OBJETIVO 3: Ayudar a los participantes a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.

El hecho de intervenir en un cortometraje ayuda sin duda a reflexionar a nivel personal sobre la temática que aborda, y creemos que en este caso ha sido así.

OBJETIVO 4: Disponer de herramientas audiovisuales que nos ayuden a visibilizar, difundir y animar a otras personas a trabajar aspectos relacionados con la salud.

El audiovisual intenta sensibilizar a los vecinos sobre buenas prácticas en relación con la limpieza del barrio. El audiovisual ha sido difundido y presentado al barrio en distintos espacios como el anterior comentado, pero también en una proyección de cortos al aire libre durante las fiestas del barrio. Además se hizo una entrevista en el Heraldo, que a raíz del corto, se interesó por el tema que aborda y eso sirve a su vez también para sensibilizar sobre el tema.

PRINCIPALES RESULTADOS ALCANZADOS:

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje. En el cortometraje participaron más de 50 personas incluyendo sanitarios y personas de distintos colectivos y vecinos (El Estandart marcado era >10)
- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. De las 50 personas implicadas, unos 30 eran usuarios del centro (personas del grupo de paseos, agentes comunitarios, vecinos colaboradores, integrantes del teatro comunitario (Estandart >5)
- Recursos y asociaciones contactadas. Este proyecto a contactado con los siguientes colectivos:
Amediar
Grupo teatro comunitario del Gancho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Grupo de flamenco tirititran
Ozanam
REMAR
AVV Lanuza Casco Viejo
Grupo de paseantes del centro de salud.
(Estandart > o igual a 1).

- Número de visualizaciones de los trabajos presentados. Este trabajo lleva en este momento un total de 4965 visualizaciones en Youtube. (Estandart >200)
- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales. El cortometraje se ha presentado al Certamen Cine y salud, al IV Festival de Cortos del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud sobre Salud Comunitaria, en las fiestas del Gancho en la proyección de cortos al aire libre (2 días), en el CSC Luis Buñuel, y en sesión de equipo del centro de salud. (Estandart > 5)

De una manera cualitativa, al igual que los cortometrajes anteriores, durante y posteriormente a la realización del mismo, se vivió claramente la satisfacción de los participantes, se lo pasaron bien, felicitaban continuamente la iniciativa, se celebró el estreno con una gran afluencia de vecinos y se generó un espacio compartido muy intenso.

El hecho de que fuera un proyecto compartido facilitó mucho el desarrollo del mismo. En anteriores trabajos toda la organización de los participantes, materiales necesarios, infraestructura dependía de nosotros. En este caso, gran parte de esas tareas fueron asumidas sobre todo por Amediar, que además, al ser un colectivo muy presente y que llega a muchos vecinos del barrio, consiguió que participaran en el proyecto vecinos, sobre todo gitanos e inmigrantes, que normalmente no participan en actividades de este tipo. El hecho además de contar con el teatro comunitario, facilitó mucho la gestión del tema actores, y como debían actuar. Indudablemente el hecho de ser un proyecto compartido hizo que llegáramos a mucha mas gente y consiguiéramos implicar a sectores del barrio no implicados hasta el momento en los audiovisuales creados.
Respecto a si el hecho de haber hecho el cortometraje ha incidido algo en el tema que aborda, es decir, la limpieza del barrio, creemos que poco. Si que ha puesto un poco el foco en el tema, un tema que preocupa desde hace tiempo, y recuerda un poco a los vecinos que hacer y no hacer en relación con la gestión de basuras. Somos conscientes que el barrio tiene dificultades estructurales que exigen a los vecinos un compromiso superior al que se exige a los vecinos de otros barrios (portales estrechos, pocas papeleras y contenedores, casas sin ascensor, población envejecida, pobreza...), y que sin resolver previamente algunas de esas cuestiones es difícil conseguir cambios llamativos en el problema.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como cierre del proceso escribíamos lo siguiente:
Engancharse en proyectos comunes nos hace crecer, y nos multiplica.
Juntos somos más, y además nos lo pasamos en grande
Que lo difícil se hace fácil.
Que cuando trabajamos juntos, nos hacemos amigos.
Que el barrio y sus vecinos nos abrazan
Que los entornos son importantes y hay que cuidarlos
Que nos sentimos mas barrio y mas comprometidos con él
y que CUIDANDO NOS CUIDAMOS
Quizás estas líneas resumen lo más importante que hemos vivido al hacer este proyecto colaborativo. Es mucho más rico trabajar en red que solos, que la visión se completa mucho mejor cuando se hace desde distintas perspectivas, y que el reparto de tareas hace que las intervenciones sean más sencillas.
Respecto a la viabilidad, esta línea de trabajo sigue siendo viable. Todos los cortometrajes elaborados sentimos que han generado experiencias y dinámicas muy positivas, que han permitido difundir y visibilizar experiencias e ideas y la idea es seguir trabajando en esa línea.
Es una actividad, no obstante, que tiene su cierta complejidad porque exige unos conocimientos en temas audiovisuales que no es habitual que se tengan. Por lo tanto puede ser replicable pero no fácilmente. De hecho un problema que puede tener es que depende demasiado de las personas que conocen el tema y sobre todo editar los cortos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1567 ===== ***

Nº de registro: 1567

Título
CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Autores:
MACIPE COSTA ROSA MARIA, ESCARTIN LASIERRA PATRICIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES, ALONSO GREGORIO MILAGROS,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, PASTOR SANZ MARTA, NUIN CONS ELENA, GOMEZ MAINAR IRIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No dirigido a patologías sino a promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Estamos en un mundo en el que los mensajes que llegan en formato audiovisual tienen un impacto muy superior a las herramientas tradicionales de formación. El cine es un buen recurso educativo, en varias vertientes. Por un lado, permite mostrar situaciones y vivencias de los personajes con las que puedes reflexionar. Por otro lado, la elaboración de un material audiovisual, en un contexto de educación para la salud, implicando en la elaboración del mismo a los destinatarios de la actividad, tiene un potencial importante como herramienta de educación para la salud. Dichos materiales pueden ser aprovechados a su vez para mostrar, sensibilizar, educar o animar a otras personas o proyectos a implementar algunas actuaciones.

Desde el grupo de participación comunitaria del centro llevamos 3 años elaborando materiales audiovisuales, con distintos fines, y dicha elaboración está resultando muy positiva a distintos niveles, en la línea de las utilidades descritas en el apartado anterior.

Nos ha permitido, proponer una actividad novedosa a pacientes e integrantes del grupo de paseantes, y dicha actividad les ha servido para reflexionar sobre su propia experiencia, a afianzarse como grupo, a mejorar las relaciones con personal del centro, y a visibilizar aspectos positivos de sus vidas y su entorno. Además la elaboración de cortos nos ha permitido afianzar redes con recursos del entorno y a mostrar una imagen positiva del barrio y su potencial.

Por el momento hemos elaborado 8 cortometrajes con distintos objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto tiene unos objetivos generales, y a su vez cada cortometraje elaborado tiene unos objetivos específicos

OBJETIVOS GENERALES:

- . Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la educación de la salud y la promoción de hábitos y vidas saludables.
- . Fomentar y mejorar las relaciones entre usuarios del centro de salud, profesionales del centro y recursos del entorno, a través de la realización de una actividad novedosa.
- . Ayudar a los participantes de cada proyecto a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.
- . Disponer de una herramienta audiovisual que sirva para difundir actividades, mensajes, y visiones.

MÉTODO

Los tres años de trayectoria del proyecto nos devuelve, que efectivamente esta herramienta es muy potente, tanto en el momento de elaboración del material, como en la utilidad posterior del mismo.

Por lo tanto apostamos por seguir elaborando materiales que visibilicen aspectos relacionados con la salud de las personas del barrio, en su sentido más amplio, reforzando una mirada positiva hacia las potencialidades de las personas y del entorno e intentando implicar en los mismos a distintos recursos del barrio.

Este año tenemos pensado de entrada elaborar 1 o 2 cortometrajes. Uno sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud en la vida de las personas, intentando no medicalizar la vida, y otro visibilizando las redes de cuidados informales que se dan dentro de las familias, barrios y pueblos, cuidados que son fundamentales y que normalmente están poco valorados o visibilizados.

Al igual que los cortometrajes ya realizados, la idea es llevar adelante los trabajos con medios propios, y aprovechar las capacidades de las personas del equipo y del entorno.

Cada trabajo lleva distintas fases en su desarrollo.

- Fase inicial de elaboración de un guion. 2-3 reuniones.

- Organización del plan de rodaje (análisis de necesidades materiales y humanas, cronograma y organización del rodaje por días, contacto con las personas que van a protagonizarlos, explicación del proyecto...). 2-3 reuniones

- Rodaje, según cronograma previsto. Entre 1 a 8 días.

- Montaje posterior. 1 mes

- Difusión posterior de los materiales (presentación a certámenes tipo Cine y Salud, y difusión en redes y listas de distribución, utilización en charlas y cursos...)

RECURSOS MATERIALES

Dos cámaras.

Grabadora y micrófono.

Ordenador y programa de edición de videos.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje. Estandart >10
- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. Estandart >5
- Recursos y asociaciones contactadas.Estandart > o igual a 1.
- Número de visualizaciones de los trabajos presentados.Estandart >200
- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales.Estandart > 5

EVALUACIÓN CUALITATIVA

- Satisfacción percibida durante el desarrollo del proyecto por parte del los participantes. Reflejos y opiniones devueltas tras la visualización de los trabajos.

DURACIÓN

En septiembre 2017 se iniciará el proceso de elaboración del próximo trabajo. A partir de ahí se necesitarán 3 meses para el desarrollo del mismo. El periodo de difusión y utilización del mismo es ilimitado (seguimos utilizando trabajos realizados hace 3 años)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA ESCARTIN LASIERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MACIPE COSTA ROSA MARIA
ALONSO GREGORIO MILAGROS
PEYMAN-FARD SHAFI TABATABAEI NIMA
CARDIEL BERGASA JARA
MARCO BRUALLA MARIA
NUIN CONS ELENA
PASTOR SANZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este 2018 hemos elaborado 8 audiovisuales:

- Leo y el dragón.
- Píldoras de devolución al barrio de los resultados de la encuesta del Semáforo de la salud del barrio. (5)
- Vídeo-resumen de la Jornada final del Semáforo de la salud del barrio.
- Colaboración con Amediar en la actividad de sensibilización con la limpieza de las calles.
- Grabación del Pasacalles del Gancho dentro de las fiestas del barrio.

Los dos últimos son colaboraciones puntuales con recursos y espacios del barrio a quienes facilitamos nuestros conocimientos y materiales para la elaboración de vídeos. Forman parte de la orientación comunitaria del centro de salud, al servicio de las necesidades que vayan surgiendo y que valoremos como importantes. En la presente memoria desarrollamos los audiovisuales previstos en el proyecto presentado, es decir:

- > Leo y el dragón.
- > Píldoras de devolución al barrio de los resultados del Semáforo de la Salud del barrio.

PROCESO DE REALIZACIÓN:

LEO Y EL DRAGON

- Elaboración del guión y aportaciones al mismo por parte del grupo de participación comunitaria.
- Reunión del grupo de Participación comunitaria del centro de salud para organizar tareas y colaboraciones para los días de rodaje.
- Contacto con las familias cuyos hijos iban a participar en el rodaje.
- Firma de los consentimientos de los derechos de imagen.
- Contacto con los autores de la banda sonora para solicitar el permiso.
- Contacto con la persona de referencia del Teatro comunitario del Gancho para solicitar su colaboración en una parte del vídeo.

PILDORAS INFORMATIVAS DEL SEMÁFORO DE LA SALUD DEL BARRIO

- Contacto con los distintos grupos en los que se iba a trabajar cada píldora. (la Asociación de vecinos Lanuza Casco Viejo el ámbito de la participación, con la asociación Amediar en un café abierto al barrio la convivencia, Fachadas de Ozanam la limpieza y el estado de las calles, y el centro educación de adultos Gomez Lafuente vivienda y entorno).
- Reuniones del grupo motor del Semáforo de salud del barrio para pensar el contenido de las píldoras y organizar el cronograma de las grabaciones.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN:

LEO Y EL DRAGÓN

El corto se presentó al XVI Certamen Cine y Salud ganando el primer premio en la Categoría de Activos para la Salud.

El corto se incluyó como recurso de apoyo a la lectura en la página Familia y salud.

<http://www.familiaysalud.es/familias-que-leen/te-regalo-un-cuento/leo-y-el-dragon>

El corto se presentó también en Arainfo:

<https://arainfo.org/arranca-el-xvi-certamen-de-cine-y-salud-con-dos-cortos-realizados-con-ninos-ninas-y-adolescent-es/>

PÍLDORAS DEL SEMÁFORO DE LA SALUD

Las píldoras se difundieron a través de las redes y grupos de trabajo del barrio de San Pablo. Están en abierto en Youtube.

Convivencia. https://www.youtube.com/watch?v=96J-0_Sd8SI

Vivienda. <https://www.youtube.com/watch?v=rfd00WgVYdE>

Limpieza. <https://www.youtube.com/watch?v=omG4JN2SX4s>

Entorno. <https://www.youtube.com/watch?v=5FosB21QRB4>

Participación. https://www.youtube.com/watch?v=c98_22fX8Xg

Están colgadas en la página del Plan Integral del Casco Histórico en la sección de Salud comunitaria.

<https://cascohistoricozaragoza.com/espacio-comunitario-salud-comunitaria/>

Proyección de una de ellas en las Jornadas de Buenas Prácticas en Trabajo Social.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

INTERVENCIÓN:

LEO Y EL DRAGÓN

El rodaje se organizó en 2 sesiones, una realizada en el centro de salud en la que se grabaron las escenas del centro de salud y otro día en el que se rodó lo que ocurre en el parque de San Pablo.

PÍLDORAS DE DEVOLUCIÓN DEL SEMÁFORO DE LA SALUD DEL BARRIO

En pequeños grupos se trabajaron los resultados obtenidos en algunos de los ámbitos estudiados. En dichas reuniones, se presentaban los resultados de ese ámbito, se recogía la opinión de los participantes sobre esos resultados y se animaba a reflexionar sobre cómo pensaban que esos resultados podían afectar a la salud de las personas. Dichas sesiones se grabaron para luego elaborar cada una de las píldoras. Otro día se rodaron las introducciones a todas las píldoras. En dichas introducciones se resumían los resultados obtenidos en la encuestas en el ámbito estudiado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como comentábamos en el apartado anterior, este año se han elaborado 8 audiovisuales.

Respecto a la consecución de los objetivos planteados creemos que todos se han conseguido completamente de la siguiente manera:

OBJETIVO 1: Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la salud en su sentido más amplio.

El material ha sido elaborado.

Uno es un audiovisual que surge del grupo de participación comunitaria del centro de salud como sensibilización sobre el tema de la importancia de la lectura y de cómo los libros nos ayudan a conectar con nuestras emociones. Las píldoras tienen con finalidad visibilizar los principales problemas que tienen las personas del barrio de San Pablo, y vincular esos problemas con la salud.

OBJETIVO 2: Fomentar vínculos y relaciones entre profesionales, usuarios y colectivos del barrio.

El cortometraje de Leo y el dragón se realizó con la participación de niños y familias que acuden a nuestras consultas. Esta experiencia ayudó a mejorar los vínculos existentes con estas familias.

En cuanto a las píldoras, fueron elaboradas a partir de espacios de reflexión en distintos espacios del barrio a los que acuden vecinas y vecinos que son usuarios del centro de salud. Siempre que ocurren estos encuentros se generan momentos que ayudan a fortalecer relaciones de cercanía con esas personas.

El trabajo en equipo necesario para llevar adelante estos proyectos ayuda a fomentar esos vínculos entre las personas que participamos del grupo de participación comunitaria.

OBJETIVO 3: Ayudar a los participantes a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.

El hecho de intervenir en un cortometraje ayuda sin duda a reflexionar a nivel personal sobre la temática que aborda, y creemos que en este caso ha sido así tanto en el caso de Leo y el dragón como en el caso de las píldoras.

OBJETIVO 4: Disponer de herramientas audiovisuales que nos ayuden a visibilizar, difundir y animar a otras personas a trabajar aspectos relacionados con la salud.

Todos estos audiovisuales pasan a formar parte de los materiales que usamos en charlas y espacios para sensibilizar sobre las temáticas abordadas. Sirven como material docente, de sensibilización y de promoción de salud. Además invita a otros centros a realizar sus propios proyectos.

PRINCIPALES RESULTADOS ALCANZADOS:

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje.

(El estándar marcado era >10)

Leo y el dragón: 45 personas han participado de alguna manera en el cortometraje.

Píldoras: Aproximadamente 50 personas participaron en alguno de los grupos en los que se trabajaron las píldoras.

- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. (estándar >5)

Leo y el dragón: 30 de los participantes eran usuarios del centro de salud.

Píldoras: Todas las personas participantes eran usuarios del centro de salud.

- Recursos y asociaciones contactadas. Este proyecto ha contactado con los siguientes colectivos: (estándar > o igual a 1).

Leo y el dragón. Para este rodaje se contactó con el Teatro comunitario del Gancho, la Asociación Believe in art, Proyecto Risas de la tierra en Argentina.

Píldoras: Servicios sociales de San Pablo, Amediar, Médicos del Mundo, Cáritas, AVV Lanuza Casco Viejo, Fachadas de Ozanam y el centro educación de adultos Gómez Lafuente.

- Número de visualizaciones de los trabajos presentados. (estándar >200)

Leo y el dragón: 3768 visualizaciones

Píldoras: 621 visualizaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales. (estándar > 3)

El cortometraje Leo y el dragón se ha presentado al XV Certamen Cine y salud y en el Encuentro de residentes de pediatría 2018 y en sesión de equipo del Centro de Salud. Además ayuda a visibilizar y difundir mucho nuestro trabajo o mensajes que creemos que es importante difundir. Las pildoras se presentaron en la Jornada final del Semáforo de la Salud del barrio, en el Consejo de Salud, en la Jornada de Buenas Prácticas en trabajo social celebradas el día 18 de enero del 2019 en la casa de la Mujer.

De una manera cualitativa, al igual que los cortometrajes anteriores, durante y posteriormente a la realización del mismo, se vivió claramente la satisfacción de los participantes, se lo pasaron bien, felicitaban continuamente la iniciativa, el momento de proyección y recogida de premios en Cine y Salud también fue un momento muy satisfactorio para los que acudieron ese día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Otro año más seguimos viviendo que esta línea de trabajo tiene un gran potencial y genera dinámicas muy interesantes entre las personas que participan en los proyectos. Además ayuda a visibilizar y difundir mucho nuestro trabajo o mensajes que creemos que es importante difundir. Es una actividad, no obstante, que tiene su cierta complejidad porque exige unos conocimientos en temas audiovisuales que no es habitual que se tengan. Por lo tanto puede ser replicable pero no fácilmente. De hecho un problema que puede tener es que depende demasiado de las personas que conocen el tema y sobre todo editar los cortos.

7. OBSERVACIONES.

De cara a facilitar la realización de estos informes nos gustaría recibir la información adecuada sobre la selección de los proyectos (hemos recibido informaciones contradictorias en el último año) y la recepción por correo electrónico con verificación de recepción a la persona coordinadora del proyecto (no he recibido notificación alguna). Así mismo nos gustaría recibir un feedback del informe emitido para poder realizar nuestra evaluación del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1567 ===== ***

Nº de registro: 1567

Título
CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Autores:
MACIPE COSTA ROSA MARIA, ESCARTIN LASIERRA PATRICIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES, ALONSO GREGORIO MILAGROS, PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, PASTOR SANZ MARTA, NUIN CONS ELENA, GOMEZ MAINAR IRIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No dirigido a patologías sino a promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Estamos en un mundo en el que los mensajes que llegan en formato audiovisual tienen un impacto muy superior a las herramientas tradicionales de formación. El cine es un buen recurso educativo, en varias vertientes. Por un lado, permite mostrar situaciones y vivencias de los personajes con las que puedes reflexionar. Por otro lado, la elaboración de un material audiovisual, en un contexto de educación para la salud, implicando en la elaboración del mismo a los destinatarios de la actividad, tiene un potencial importante como herramienta de educación para la salud. Dichos materiales pueden ser aprovechados a su vez para mostrar, sensibilizar, educar o animar a otras personas o proyectos a implementar algunas actuaciones. Desde el grupo de participación comunitaria del centro llevamos 3 años elaborando materiales audiovisuales, con distintos fines, y dicha elaboración está resultando muy positiva a distintos niveles, en la línea de las utilidades descritas en el apartado anterior.

Nos ha permitido, proponer una actividad novedosa a pacientes e integrantes del grupo de paseantes, y dicha actividad les ha servido para reflexionar sobre su propia experiencia, a afianzarse como grupo, a mejorar las relaciones con personal del centro, y a visibilizar aspectos positivos de sus vidas y su entorno. Además la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

elaboración de cortos nos ha permitido afianzar redes con recursos del entorno y a mostrar una imagen positiva del barrio y su potencial. Por el momento hemos elaborado 8 cortometrajes con distintos objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto tiene unos objetivos generales, y a su vez cada cortometraje elaborado tiene unos objetivos específicos

OBJETIVOS GENERALES:

- . Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la educación de la salud y la promoción de hábitos y vidas saludables.
- . Fomentar y mejorar las relaciones entre usuarios del centro de salud, profesionales del centro y recursos del entorno, a través de la realización de una actividad novedosa.
- . Ayudar a los participantes de cada proyecto a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.
- . Disponer de una herramienta audiovisual que sirva para difundir actividades, mensajes, y visiones.

MÉTODO

Los tres años de trayectoria del proyecto nos devuelve, que efectivamente esta herramienta es muy potente, tanto en el momento de elaboración del material, como en la utilidad posterior del mismo.

Por lo tanto apostamos por seguir elaborando materiales que visibilicen aspectos relacionados con la salud de las personas del barrio, en su sentido más amplio, reforzando una mirada positiva hacia las potencialidades de las personas y del entorno e intentando implicar en los mismos a distintos recursos del barrio.

Este año tenemos pensado de entrada elaborar 1 o 2 cortometrajes. Uno sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud en la vida de las personas, intentando no medicalizar la vida, y otro visibilizando las redes de cuidados informales que se dan dentro de las familias, barrios y pueblos, cuidados que son fundamentales y que normalmente están poco valorados o visibilizados.

Al igual que los cortometrajes ya realizados, la idea es llevar adelante los trabajos con medios propios, y aprovechar las capacidades de las personas del equipo y del entorno.

Cada trabajo lleva distintas fases en su desarrollo.

- Fase inicial de elaboración de un guion. 2-3 reuniones.
- Organización del plan de rodaje (análisis de necesidades materiales y humanas, cronograma y organización del rodaje por días, contacto con las personas que van a protagonizarlos, explicación del proyecto...). 2-3 reuniones
- Rodaje, según cronograma previsto. Entre 1 a 8 días.
- Montaje posterior. 1 mes
- Difusión posterior de los materiales (presentación a certámenes tipo Cine y Salud, y difusión en redes y listas de distribución, utilización en charlas y cursos...)

RECURSOS MATERIALES

Dos cámaras.
Grabadora y micrófono.
Ordenador y programa de edición de videos.

INDICADORES

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje. Estandart >10
- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. Estandart >5
- Recursos y asociaciones contactadas. Estandart > o igual a 1.
- Número de visualizaciones de los trabajos presentados. Estandart >200
- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales. Estandart > 5

EVALUACIÓN CUALITATIVA

- Satisfacción percibida durante el desarrollo del proyecto por parte de los participantes.
- Reflejos y opiniones devueltas tras la visualización de los trabajos.

DURACIÓN

En septiembre 2017 se iniciará el proceso de elaboración del próximo trabajo. A partir de ahí se necesitarán 3 meses para el desarrollo del mismo. El periodo de difusión y utilización del mismo es ilimitado (seguimos utilizando trabajos realizados hace 3 años)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Fecha de entrada: 07/02/2018

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.
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MILLAN GINER MARIA ESTHER
LOPEZ MIRANDA SOFIA
BOVIO HERAS GUILLERMO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el procedimiento de asegurar el suministro y adecuación de los recursos materiales para una mejor asistencia a los pacientes, se han realizado las siguientes actividades:

- Distribución y puesta en conocimiento del EAP de los procedimientos ISO 9001, ya presentes en determinados equipos, sobre gestión de almacén de fungibles, botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones para la atención urgente, sobre todo, carro de paradas y maletín de urgencias, así como la correcta limpieza y esterilización del material reutilizable.
- Cumplimentación de formulario de registro mensual, con plantillas con fecha, grupo que realiza la revisión (Médico + Enfermería), listado de material y fármacos de los distintos botiquines, firma de los responsables de la revisión.
- Organigrama: 5 Grupos de revisión, formados cada uno por médico y enfermería, se realizan 12 revisiones al año, 2 para cada grupo, con una periodicidad de dos veces al mes por cada uno (Médico +Enfermería)
- Informe de realización y cumplimentación por parte de los profesionales, en las reuniones del primer lunes de cada mes, que realiza el EAP, así como la comunicación de desabastecimientos/ necesidades al responsable del petitorio mensual.
- El resultado de las revisiones continúa mejorando el suministro y adecuación de los recursos materiales, con implicación satisfactoria del equipo, lo que repercute en una mejor asistencia y resolución de situaciones en el primer nivel.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Adecuación de recursos materiales a necesidades, sin desabastecimiento de fármacos o materiales necesarios para la correcta actuación y atención al paciente, que dependen directamente del Centro de Salud.
 - El número de incidencias al mes, de desabastecimiento de algún material o fármaco ha ocurrido en el 100% de las ocasiones por no dispensación desde almacén(por causas ajenas al centro), siendo siempre recogido en el formulario de datos la caducidad por no reemplazo o la necesidad del mismo.
 - Impacto: 1) Sobre cada profesional del EAP, que determina una mayor implicación en la revisión y adecuación de los recursos materiales.
 - 2) Sobre la población, que accede a los recursos necesarios en cada momento, sin que se produzca una inadecuación de los mismos, por falta de supervisión desde el CS.
 - 3) Sobre el EAP, mejor rendimiento como equipo y colaboración en la revisión del material utilizado por todos en cualquiera de las actuaciones (demanda o urgencia)
 - Los indicadores se han realizado mediante 1 formulario que detalla la medicación y materiales en:
 - a) Coche de Urgencias : Equipamiento (Maletines) y Medicación
 - b) Carro de Paradas: aparataje instrumental y medicación
 - c) Maletín de Circulatorio
 - d) Maletín de Partos
 - e) Maletín de vía aérea
- En cada uno de estos apartados consta el material o medicamento, con el número de unidades del mismo y su fecha de caducidad.
- La revisión estas caducidades se ha medido mediante revisiones cada mes (durante dos veces/ mes) por un médico y un enfermero, asignados anualmente en Calendario (Grupos de revisión- Turnos de Revisión - Periodicidad y modo de revisión)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo, en la realización del programa de mejora, adecuación y conservación en condiciones favorables de los fármacos y materiales, así como la esterilización y desinfección de los mismos, ha resultado muy positiva para un mejor resultado en las actuaciones y una mejora en la atención al paciente.

La revisión detallada del material disponible, o en falta, es de gran interés, para la realización del pedido mensual del mismo, lo que conlleva una mayor adecuación del almacén del centro de salud.

El proyecto es fácilmente sostenible, continuando y mejorando los indicadores a valorar y contando con la implicación de todo el EAP, lo que favorece la relación de equipo y la mejora en los resultados.

El proyecto puede ser reproducible en cualquier otro centro sanitario, siguiendo el protocolo y valorando indicadores, siempre que se cuente con la participación de los profesionales del EAP.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Se podría valorar la adecuación del material informático a nuestra disposición para la realización de estas actividades, puesto que tanto el equipo informático como la línea telefónica, presentan importantes deficiencias, adecuación de programas...actualizaciones... lo que hace algo complicada la realización de distintos proyectos y registros.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/320 ===== ***

Nº de registro: 0320

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Autores:
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, TERUEL MAICAS ALICIA, SANCHEZ TREMPES LUIS, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MILLAN GINER MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, BOVIO HERAS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

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

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para una mejor asistencia a los pacientes, son de especial importancia en los procesos de soporte de nuestro EAP. La resolución de un problema asistencia, está unida tanto a contar con recursos humanos competentes, como con recursos materiales e instrumentales necesarios.
Deberían primar los criterios de eficiencia, para poder optimizar los recursos y conseguir una adecuada financiación, con los máximos resultados. Por tanto, con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar los procesos de mejora, para gestionar y controlar los recursos materiales, con repercusión en una mejor asistencia, aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel, que evitarían derivaciones y mayor seguridad para el paciente y el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando la falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por la falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros, para evitar diferencias entre los equipos, al abordar procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual, al cambiar o trasladarse de centro. Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento del EAP^, los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos, sobre Gestión de almacén de fungibles, botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, sobre todo, carro de paradas y maletín de urgencias, así como la esterilización del material. Procesos que ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Se realizarán: Sesiones formativas sobre procedimientos y puesta en marcha(según cronograma). Los procedimientos serán registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stock, caducidades y reposición. Registro de incidencias con situaciones ocurridas y soluciones adoptadas.
- Responsable de Almacén, botiquín: ALICIA TERUEL, Urgencias: MAR MARTIN, ESTERILIZACION: ESTHER ENFEDAQUE.

INDICADORES
Se obtendrán los indicadores a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias / mes (individualizadas por procedimiento)
- Porcentaje de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Actividades de inicio el 23 de enero de 2017 y finalización el 15 de diciembre de 2017.

- Durante el primer trimestre del año: Distribución de proyectos e organización de la formación, así como nombramiento de los responsables.
- A partir de febrero puesta en marcha y reuniones a los dos meses, para valoración de registros, dudas y aclaraciones.
- Controles aproximados por trimestre, para seguimiento de las actividades.
- Durante el último trimestre del año, indicadores y conclusiones, así como propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Fecha de entrada: 25/02/2019

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.
SANCHEZ TREMPES LUIS
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MILLAN GINER MARIA ESTHER
MONREAL ALIAGA ISABEL
LOPEZ MIRANDA SOFIA
BOVIO HERAS GUILLERMO
ORTIZ OCHOA ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Distribución y puesta en conocimiento del EAP de procedimientos ISO 9001, sobre gestión de almacén de fungibles, botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones para la atención urgente, sobre todo, en carro de paradas y maletín de urgencias, así como la limpieza correcta y esterilización del material reutilizable.
- Complimentación del formulario de registro mensual: plantillas de fechas, grupo de revisión (MAP+EAP), listado de material y fármacos, firma de los responsables de la revisión.
- Organigrama: 5 grupos de revisión (MAP-EAP), 12 revisiones/ año, 2/grupo, 2 veces/ mes.
- Informe cumplimentado de la realización de la revisión, puesto en conocimiento en reuniones de EAP (primer lunes del mes) y comunicación de desabastecimientos y/o necesidades al responsable del petitorio mensual.
- Mejora del suministro y adecuación de los recursos materiales, con implicación favorable del EAP, lo que repercute en una mejor asistencia en resolución de situaciones de primer nivel.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Adecuación de recursos materiales a necesidades, sin desabastecimiento de fármacos o materiales necesarios para la correcta actuación y atención del paciente, que dependan del Centro de Salud.
- Número de incidencias al mes, desabastecimiento de algún material o fármaco, en un 99% de las ocasiones por no dispensación desde almacén(por causas ajenas al centro), todo ello recogido en un formulario (tanto la caducidad por no reemplazo o la necesidad de un fármaco o material).
- Impacto:
a) En los profesionales, aumento de la implicación para el control de los recursos materiales.
b) En la población: acceso adecuado a las necesidades
c) En el EAP: mejor rendimiento como equipo y colaboración en el control del material en situación de urgencia o demanda
- Indicadores en base a : Formulario detallado de medicación y materiales en:
Coche de urgencias: maletines y medicación. Carro de paradas: aparataje instrumental y medicación. Maletín de circulatorio. Maletín de Partos. Maletín de vía aérea.
En cada apartado: material o fármaco, número de unidades y fecha de caducidad.
. Revisión de caducidades mensuales: 2 veces/ mes, por un médico y un enfermero, asignados por Calendario anual. (Grupos de revisión, Turnos de revisión, Periodicidad y modo de revisión).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El EAP valora este programa de mejora favorablemente, se adecuan y conservan en condiciones adecuadas fármacos y material, así como su esterilización y desinfección de los mismos, lo que ha resultado muy positivo para una mejora en la atención de los pacientes.
La revisión detallada del material disponible, o en falta, es de gran interés, para solicitar el pedido mensual, con una mayor adecuación en el almacén del centro de salud.
Proyecto sostenible con el EAP, se puede realizar una mejora continua de los indicadores a valorar y con la implicación del equipo, se favorece la relación entre los miembros con una mejora de los resultados.
Este proyecto puede ser reproducible en cualquier otro centro sanitario, siguiendo el protocolo de revisión y valorando sus indicadores, siempre que se cuente con la participación organizada de todo el EAP.

7. OBSERVACIONES.
La reciente instalación del nuevo equipo informático mejorará el registro y tratamiento de los datos para los proyectos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/320 ===== ***

Nº de registro: 0320

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Título

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Autores:

MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, TERUEL MAICAS ALICIA, SANCHEZ TREMPIS LUIS, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MILLAN GINER MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, BOVIO HERAS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS

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

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para una mejor asistencia a los pacientes, son de especial importancia en los procesos de soporte de nuestro EAP. La resolución de un problema asistencia, está unida tanto a contar con recursos humanos competentes, como con recursos materiales e instrumentales necesarios.

Deberían primar los criterios de eficiencia, para poder optimizar los recursos y conseguir una adecuada financiación, con los máximos resultados. Por tanto, con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar los procesos de mejora, para gestionar y controlar los recursos materiales, con repercusión en una mejor asistencia, aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel, que evitarían derivaciones y mayor seguridad para el paciente y el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando la falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por la falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros, para evitar diferencias entre los equipos, al abordar procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual, al cambiar o trasladarse de centro. Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Distribución y puesta en conocimiento del EAP, los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos, sobre Gestión de almacén de fungibles, botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, sobre todo, carro de paradas y maletín de urgencias, así como la esterilización del material. Procesos que ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán: Sesiones formativas sobre procedimientos y puesta en marcha (según cronograma). Los procedimientos serán registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stock, caducidades y reposición. Registro de incidencias con situaciones ocurridas y soluciones adoptadas.

- Responsable de Almacén, botiquín: ALICIA TERUEL, Urgencias: MAR MARTIN, ESTERILIZACION: ESTHER ENFEDAQUE.

INDICADORES

Se obtendrán los indicadores a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- N° de incidencias / mes (individualizadas por procedimiento)
- Porcentaje de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

Actividades de inicio el 23 de enero de 2017 y finalización el 15 de diciembre de 2017.

- Durante el primer trimestre del año: Distribución de proyectos e organización de la formación, así como nombramiento de los responsables.

- A partir de febrero puesta en marcha y reuniones a los dos meses, para valoración de registros, dudas y aclaraciones.

- Controles aproximados por trimestre, para seguimiento de las actividades.

- Durante el último trimestre del año, indicadores y conclusiones, así como propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE SOFIA LOPEZ MIRANDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ OCHOA ALFREDO
TERREROS ARNEDO CARLOS
BOVIO HERAS GUILLERMO
TERUEL MAICAS ALICIA
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Sesión clínica para consensuar e implementar el proyecto de mejora de la calidad en la atención de los cuidados paliativos.
2. Búsqueda bibliográfica referente a la dotación de medicación para prestar unos cuidados paliativos de calidad.
3. Diseño de la relación de fármacos y material a incluir en el maletín de cuidados paliativos con una descripción cuantitativa y cualitativa, consensuado por los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud de Sástago.
4. Elaboración de hojas de registro para la correcta revisión y mantenimiento, así como el stock consensuado por el equipo, de los fármacos y el material que debe haber en dicho maletín para garantizar que se encuentren en las condiciones adecuadas en el momento que se precise la utilización del mismo.
5. Registro mensual de caducidades y stock de material.
6. Evaluación del programa en sesión clínica a los nueve meses aproximadamente de su implementación. Resultando positiva para todos los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todos los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud han participado en el programa activamente con iniciativa y propuestas de mejora del programa conforme van surgiendo las necesidades. El número de revisiones firmadas en hoja de registro x 100 / número total de revisiones programadas ha sido de 100%.

En el 50% de los pacientes que han precisado cuidados paliativos donde la primera actuación ha sido desde el Centro de Salud de Sástago, se ha utilizado el maletín desde la primera visita. Este bajo porcentaje es debido a que dicho proyecto se ha iniciado en el Centro de Salud, y sólo es posible iniciar los cuidados con dicho maletín cuando surge la necesidad en la población de Sástago o en horario de atención continuada. Los consultorios que dependen del Centro de Salud no han sido dotados de momento de dicho material.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha resultado útil para mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente, así como la comodidad de los profesionales. Continuaremos desarrollando este proyecto en nuestro centro, mejorándolo e instaurándolo en los consultorios que dependen del Centro de Salud. Ha sido positiva la valoración por parte de los profesionales que prestamos atención en el Centro de Salud. Y hemos decidido continuar con la iniciativa en los demás consultorios dependientes. Se ha decidido continuar con el cumplimiento de este programa y su ampliación. Queda pendiente dicha cuestión y la adquisición de maletines físicos adecuados para este tipo de cuidados y sus materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1074 ===== ***

Nº de registro: 1074

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Autores:
LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, ORTIZ OCHOA JOSE ALFREDO, TERREROS ARNEDO CARLOS, BOVIO HERAS GUILLERMO, ENFEDAQUE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

LABRADOR MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades terminales
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ofrecen cuidados sanitarios y psicológicos junto a un soporte emocional y espiritual durante la fase terminal, de manera que el paciente disponga de los días que le resten, estando consciente y libre de dolor, con los síntomas bajo control y en un entorno rodeado de la gente que le quiere. Debido al horario en el que surge la necesidad de cubrir estos síntomas que afectan de manera importante a los pacientes que precisan cuidados paliativos, no es posible solicitar el apoyo por parte del Servicio del ESAD de nuestro sector sanitario, por lo que se propone la implementación de un maletín de cuidados paliativos básicos, (Medicación inicial consensuada por los miembros del centro de Salud siguiendo las pautas de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y el servicio de ESAD, material necesario para la colocación de acceso subcutáneo/intravenoso, hojas de registro para el personal sanitario, hojas de registro e información para la familia) permitiendo a los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Continuada, la accesibilidad directa a medicación y material necesario para realizar los cuidados paliativos iniciales. Mantener un maletín de cuidados paliativos con los medicamentos y material adecuados para la atención de dichos pacientes en el ámbito de la Atención Primaria (AP) se considera una prioridad para una atención de calidad. El maletín deberá estar en todo momento perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; debe ser desplazable y debe estar en un lugar accesible, visible y ordenado. Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición. La revisión del material se realizará periódicamente, en turno rotatorio, por todo el personal sanitario, dejando constancia de ello, al menos una vez al mes

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluidos en el maletín de cuidados paliativos, así como la comprobación o verificación del correcto estado y funcionamiento del material sanitario, dejando constancia de la actividad realizada. Revisar y actualizar la relación del material sanitario y de los medicamentos necesarios. Difundir esta información a todo el personal sanitario del Centro de Salud de Sástago, lo cual facilitará la actuación en los momentos que surja este tipo de asistencia. El objetivo del proyecto es poder agilizar actuaciones destinadas a proporcionar cuidados paliativos, mejorar la calidad de los cuidados prestados e Incrementar la satisfacción de los usuarios y de sus familias atendidos en nuestro Centro de Salud

MÉTODO

Se realizará una valoración de la documentación necesaria que se debe dejar en el domicilio del paciente por parte de los Médicos y Enfermeros del Centro. Así mismo se valorará por parte de Enfermería la información que puede precisar, sobretodo referente a la higiene y prevención de complicaciones y el equipo médico la medicación y la cantidad de la misma que consideren necesarias para la primera asistencia a este tipo de pacientes en su domicilio. Tras la valoración por parte de cada disciplina lo que se considera necesario, se realizará una puesta en común, realizada en varias reuniones de equipo, para la unificación y elaboración de la guía que recoja la documentación y material sanitario que se precise en el momento de la primera asistencia, y posteriores visitas. Cada maletín estará precintado y se señalará la fecha de su validez en su parte externa.

INDICADORES

Existencia del documento de consenso elaborado por el personal Sanitario del Centro de Salud de Sástago que recoja tanto los medicamentos, la documentación, el material que configuren el maletín de cuidados paliativos, así como de las plantillas de registro de las revisiones, antes del 1 Diciembre de 2016. A partir de 1 de enero de 2017 monitorización de los siguientes indicadores con una periodicidad semestral: N° de revisiones realizadas en la hoja de registro del maletín de cuidados paliativos x 100/ no total de revisiones programadas. Porcentaje de pacientes/usuarios que recibieron cuidados paliativos por los profesionales del Centro de Salud de Sástago. Análisis de las incidencias detectadas por los miembros del equipo y adopción de medidas correctoras.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

DURACIÓN

Antes del 30 de Noviembre de 2016 elaboración del documento con el contenido del maletín de cuidados paliativos.

Presentación a los profesionales del Centro de Salud de Sástago e inicio de las revisiones.

Revisión de incidencias.

Puesta el marcha del proyecto definitivo 1 de enero de 2017 con evaluación semestral a partir de esa fecha y de forma indefinida.

El objetivo es el mantenimiento en tiempo una vez implementado realizando el análisis de los indicadores con una periodicidad semestral, trasladando a todos los miembros del Equipo el resultado de la evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE SOFIA LOPEZ MIRANDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ OCHOA ALFREDO
TERREROS ARNEDO CARLOS
BOVIO HERAS GUILLERMO
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MILLAN GINER MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Sesiones clínicas semestrales para evaluar, consensuar y desarrollar según las necesidades surgidas en el proyecto de mejora de la calidad en la atención de los cuidados paliativos desde su implementación.
2. Creación de dos maletines con dotación para la atención de los cuidados paliativos, situadas en el Centro de Salud de Sástago con la posibilidad de usarlas en cualquier población dependiente del Centro de Salud.
3. Revaluación de la relación de fármacos y material a incluir en el maletín de cuidados paliativos con una descripción cuantitativa y cualitativa, consensuado por los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud de Sástago.
4. Cumplimentación de las hojas de registro para la correcta revisión y mantenimiento, así como el stock consensuado por el equipo de los fármacos y material que debe haber en dicho maletín para garantizar que se encuentren en las condiciones adecuadas en el momento que se precise la utilización del mismo.
5. Registro mensual de caducidades y stock de material.
6. Comunicación de desabastecimiento y necesidades al responsable del petitorio mensual.
7. Propuesta en el primer semestre del año 2019, en reunión con el EAP para la implementación del proyecto de mejora de calidad y la adquisición de maletines/cajas de cuidados paliativos en los consultorios de La Zaida y Escatrón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todos los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud han participado en el programa activamente con iniciativas y propuestas de mejora del programa conforme han ido surgiendo las necesidades. El número de revisiones firmadas en hoja de registro x 100 / número total de revisiones programadas ha sido de 100%. Durante el año 2018 en el 75% de los pacientes que han precisado cuidados paliativos, donde la primera actuación ha sido desde el Centro de Salud de Sástago, se ha utilizado el maletín desde la primera visita. Todavía no alcanzamos el 100% debido a que dicho proyecto se ha iniciado en el Centro de Salud, y sólo es posible iniciar los cuidados con dicho maletín cuando surge la necesidad en la población de Sástago o en horario de atención continuada. Los consultorios que dependen del Centro de Salud no han sido dotados de momento de dicho material, lo cual esperamos hacerlo a lo largo del año 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La calidad asistencial y la seguridad del paciente han sido reforzadas positivamente desde la implantación del programa con el uso de los maletines destinados a los cuidados paliativos. El 100 % de los profesionales que trabajan en el Centro de Salud de Sástago están de acuerdo con la iniciativa y destacan la comodidad para el equipo y la mejora en la asistencia al paciente. Seguiremos con el desarrollo de este programa y su ampliación en los consultorios locales, así como la adquisición de maletines físicos adecuados para este tipo de cuidados y sus materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1074 ===== ***

Nº de registro: 1074

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, ORTIZ OCHOA JOSE ALFREDO, TERREROS ARNEDO CARLOS, BOVIO HERAS GUILLERMO, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades terminales
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ofrecen cuidados sanitarios y psicológicos junto a un soporte emocional y espiritual durante la fase terminal, de manera que el paciente disponga de los días que le resten, estando consciente y libre de dolor, con los síntomas bajo control y en un entorno rodeado de la gente que le quiere. Debido al horario en el que surge la necesidad de cubrir estos síntomas que afectan de manera importante a los pacientes que precisan cuidados paliativos, no es posible solicitar el apoyo por parte del Servicio del ESAD de nuestro sector sanitario, por lo que se propone la implementación de un maletín de cuidados paliativos básicos, (Medicación inicial consensuada por los miembros del centro de Salud siguiendo las pautas de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y el servicio de ESAD, material necesario para la colocación de acceso subcutáneo/intravenoso, hojas de registro para el personal sanitario, hojas de registro e información para la familia) permitiendo a los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Continuada, la accesibilidad directa a medicación y material necesario para realizar los cuidados paliativos iniciales. Mantener un maletín de cuidados paliativos con los medicamentos y material adecuados para la atención de dichos pacientes en el ámbito de la Atención Primaria (AP) se considera una prioridad para una atención de calidad. El maletín deberá estar en todo momento perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; debe ser desplazable y debe estar en un lugar accesible, visible y ordenado. Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición. La revisión del material se realizará periódicamente, en turno rotatorio, por todo el personal sanitario, dejando constancia de ello, al menos una vez al mes

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluidos en el maletín de cuidados paliativos, así como la comprobación o verificación del correcto estado y funcionamiento del material sanitario, dejando constancia de la actividad realizada. Revisar y actualizar la relación del material sanitario y de los medicamentos necesarios. Difundir esta información a todo el personal sanitario del Centro de Salud de Sástago, lo cual facilitará la actuación en los momentos que surja este tipo de asistencia. El objetivo del proyecto es poder agilizar actuaciones destinadas a proporcionar cuidados paliativos, mejorar la calidad de los cuidados prestados e Incrementar la satisfacción de los usuarios y de sus familias atendidos en nuestro Centro de Salud

MÉTODO

Se realizará una valoración de la documentación necesaria que se debe dejar en el domicilio del paciente por parte de los Médicos y Enfermeros del Centro. Así mismo se valorará por parte de Enfermería la información que puede precisar, sobretodo referente a la higiene y prevención de complicaciones y el equipo médico la medicación y la cantidad de la misma que consideren necesarias para la primera asistencia a este tipo de pacientes en su domicilio. Tras la valoración por parte de cada disciplina lo que se considera necesario, se realizará una puesta en común, realizada en varias reuniones de equipo, para la unificación y elaboración de la guía que recoja la documentación y material sanitario que se precise en el momento de la primera asistencia, y posteriores visitas. Cada maletín estará precintado y se señalará la fecha de su validez en su parte externa.

INDICADORES

Existencia del documento de consenso elaborado por el personal Sanitario del Centro de Salud de Sástago que recoja tanto los medicamentos, la documentación, el material que configuren el maletín de cuidados paliativos, así como de las plantillas de registro de las revisiones, antes del 1 Diciembre de 2016. A partir de 1 de enero de 2017 monitorización de los siguientes indicadores con una periodicidad semestral: N° de revisiones realizadas en la hoja de registro del maletín de cuidados paliativos x 100/ no total de revisiones programadas. Porcentaje de pacientes/usuarios que recibieron cuidados paliativos por los profesionales del Centro de Salud de Sástago.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Análisis de las incidencias detectadas por los miembros del equipo y adopción de medidas correctoras.

DURACIÓN

Antes del 30 de Noviembre de 2016 elaboración del documento con el contenido

del maletín de cuidados paliativos.

Presentación a los profesionales del Centro de Salud de Sástago e inicio de las revisiones.

Revisión de incidencias.

Puesta el marcha del proyecto definitivo 1 de enero de 2017 con evaluación semestral a partir de esa fecha y de forma indefinida.

El objetivo es el mantenimiento en tiempo una vez implementado realizando el análisis de los indicadores con una periodicidad semestral, trasladando a todos los miembros del Equipo el resultado de la evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ALICIA TERUEL MAICAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONREAL ALIAGA ISABEL
SANCHEZ TREMPIS LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
ALVAREZ ROY JOSE LUIS
MILLAN GINER MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones de la Mesa de coordinación entre sistemas que se derivan de la aplicación del Procedimiento de Coordinación Comarcal para la atención a mujeres víctimas de violencia: Días 13-1-17 (Isabel Monreal), 12-5-17 (Alicia Teruel e Isabel Monreal), 27-10-17 (Isabel Monreal).

El día 12 de mayo de 2017 realizamos previa a la reunión de la Mesa, la jornada VIOGEN, en la Delegación del Gobierno de Aragón en Zaragoza, donde el Delegado del Gobierno y altos mandos de la Guardia civil, y casi todo el equipo de Guardia civiles que trabaja en la Zona en este tema estuvieron presentes para presentarnos el Programa VIOGEN, que es el que utilizan para la gestión de casos de violencia de género a nivel nacional.

Información al EAP de Sástago de los casos abordados y situación actual tras la reunión de la Mesa: 30-1-17, 15-5-17 y 30-10-17.

El proyecto cuenta con el Protocolo de Coordinación de la Comarca Ribera Baja del Ebro para la atención a mujeres víctimas de violencia que se ha creado en la propia Mesa de coordinación en adecuación con la legislación vigente y en colaboración con todos los actores implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: 100%
- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello: 100%
(revisado de OMI con fecha 12-2-18)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario continuar colaborando y asistiendo a las reuniones de la Mesa de coordinación ya que la violencia de género es un problema de consecuencias muy graves para la población y que afecta a todos los niveles vitales de una persona, donde el personal sanitario suele ser un eslabón importante en la cadena de actuaciones a llevar a cabo, por lo que la puesta en conciencia de los casos activos de la Zona de salud y su situación en cada momento es imprescindible para la prevención de agresiones futuras y la actuación pertinente de otros servicios (Guardia civil, servicios sociales...) en cada momento.

La colaboración con los servicios sociales de la Zona a través de este proyecto ha permitido poder colaborar en otros proyectos también importantes para la población debido fundamentalmente al conocimiento mutuo que han posibilitado estas reuniones en el tiempo.

También hemos percibido un aumento progresivo en la sensibilización del Personal de nuestro Equipo hacia este grave problema, y también un mejor abordaje emocional del mismo cuando se dan situaciones difíciles de abordar, ya que son casos conocidos por todos y esto permite poder hablar y resolver las situaciones de forma consensuada y no en solitario.

El proyecto es posible replicarlo en cualquier zona de salud, incluso podría ser interesante su desarrollo en formato institucional SALUD-Servicios sociales.

7. OBSERVACIONES.

La Responsable del Proyecto Alicia Teruel Maicas se va este mes del Centro de salud por un tiempo no cuantificable, por lo que cualquier contacto que requieran por el mismo deberán contactar con:
Isabel Monreal aliaga
imonreal@salud.aragon.es

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1551 ===== ***

Nº de registro: 1551

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

Título
COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

Autores:
TERUEL MAICAS ALICIA, MONREAL ALIAGA ISABEL, SANCHEZ TREMPES LUIS, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE, ALVAREZ ROY JOSE LUIS, MILLAN GINER MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el Servicio social de Base de la Comarca de Rivera baja del Ebro se contactó hace varios años con el EAP de Sástago para coordinarse con los diferentes actores que intervenimos en la asistencia y atención a las víctimas de violencia de género.
Cada año acudimos a las reuniones de la "Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género" que se realizan con carácter ordinario de forma trimestral.
Allí nos reunimos con representantes de los Servicios sociales de la Comarca, Guardia civil, Unidad de violencia de género de la subdelegación del Gobierno en la provincia de Zaragoza, y otros servicios sanitarios de la Comarca.
Como representantes del EAP de Sástago solemos acudir los coordinadores de medicina y enfermería, y cuando esto no es posible, acude algún otro miembro del EAP con el objetivo de aumentar así la concienciación de los profesionales en este tema.
Hace 3 años se consensuó el protocolo de actuación en materia de violencia de género de la Comarca Rivera baja del Ebro, adaptado de la legislación vigente, y en 2016 se actualizó para adaptarlo a la nueva legislación.
En cada reunión se hace el seguimiento de todos los casos conocidos activos de violencia de género y se establecen pautas de actuación si es preciso.
Si hay sospecha de nuevos casos también se pone en conocimiento y se inician los trámites de actuación según protocolo.
Se ha producido un aumento del contacto con los servicios sociales, no sólo para el tema de violencia de género sino para otros muchos asuntos, facilitando la interacción y la intervención más oportuna en cada caso.
Todos los casos activos de la zona de salud son conocidos por todo el EAP y hay una mejor coordinación de recursos y una toma de decisiones compartida que seguro ha evitado situaciones críticas de agresiones (aunque esto no lo podemos cuantificar).
Todos los profesionales del EAP como así los participantes en la Comisión, observamos de forma subjetiva la utilidad de estas reuniones tanto para una mejor asistencia a las víctimas, como para una mejoría de las capacidades emocionales personales en cuanto a sentirnos unidos respecto a este grave problema y observar la implicación que todos tenemos en ello.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención a las víctimas de violencia de género
Mejorar la coordinación entre las distintos interventores en este tema (servicios sociales, guardia civil, sanitarios, Gobierno)
Prevenir situaciones violentas ante nuevos casos o casos ya conocidos de violencia de género.
Aumentar la sensibilización, concienciación y formación respecto a la actuación de los profesionales del EAP de Sástago en materia de violencia de género.

MÉTODO
Reunión trimestral de la Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género
Tras cada reunión de la Comisión, se realiza comunicación de los casos en reunión de Equipo y se actualiza la información a todos los miembros, especialmente a los profesionales responsables de las víctimas y de los posibles agresores.
A las víctimas o posibles víctimas de violencia de género el médico/a responsable hace un flash en OMI para el personal sanitario donde se identifica la situación de víctima, con el fin de que todo profesional que atiende a esta paciente lo tenga en cuenta y notifique cualquier sospecha de peligro o agresión.

INDICADORES
- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: mínimo 50% máximo 100%. Actual: 100%
- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

mínimo-50% Máximo-100%

DURACIÓN

- Reuniones de la Comisión trimestrales
- Evaluación anual
- Duración: indeterminada. Dependerá de la normativa y legislación en materia de violencia de Género.

OBSERVACIONES

Antigua línea: Violencia de Género

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ESTHER ENFEDAQUE LABRADOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONREAL ALIAGA ISABEL
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
SANCHEZ TREMPES LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
ALVAREZ ROY JOSE LUIS
MILLAN GINER MARIA ESTHER
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reuniones trimestrales de la Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género
Tras cada reunión de la Comisión, se realiza comunicación de los casos en reunión de Equipo y se actualiza la información a todos los miembros, especialmente a los profesionales responsables de las víctimas y de los posibles agresores.

-A las víctimas o posibles víctimas de violencia de género el médico/a responsable hace un flash en OMI para el personal sanitario, donde se identifica la situación de víctima, con el fin de que todo profesional que atiende a esta paciente lo tenga en cuenta y notifique cualquier sospecha de peligro o agresión.

- Actualización de las últimas normativas y directrices en materia de violencia de género, que se informan al EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: mínimo 50% máximo 100%. Actual: 100%.

- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello:

mínimo-50%. Máximo-100%

- Actualización trimestral de casos de violencia activos, y también inactivos, con el fin de identificar posibles riesgos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La duración del proyecto, en principio, continuará siendo indeterminada, en dependencia de la normativa y legislación en materia de violencia de Género.

-Actualización legislativa y en cuanto a directrices, en materia de Violencia de Género, enfoque del proyecto desde distintos puntos de vista (Centro de Salud, EAP, trabajadores sociales de la Comarca Ribera Baja, y Guardia Civil entre otros)

- Mejora en el enfoque de casos, coordinación y actuación ante los mismos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1551 ===== ***

Nº de registro: 1551

Título
COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

Autores:
TERUEL MAICAS ALICIA, MONREAL ALIAGA ISABEL, SANCHEZ TREMPES LUIS, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE, ALVAREZ ROY JOSE LUIS, MILLAN GINER MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el Servicio social de Base de la Comarca de Rivera baja del Ebro se contactó hace varios años con el EAP de Sástago para coordinarse con los diferentes actores que intervenimos en la asistencia y atención a las víctimas de violencia de género.

Cada año acudimos a las reuniones de la "Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género" que se realizan con carácter ordinario de forma trimestral.

Allí nos reunimos con representantes de los Servicios sociales de la Comarca, Guardia civil, Unidad de violencia de género de la subdelegación del Gobierno en la provincia de Zaragoza, y otros servicios sanitarios de la Comarca.

Como representantes del EAP de Sástago solemos acudir los coordinadores de medicina y enfermería, y cuando esto no es posible, acude algún otro miembro del EAP con el objetivo de aumentar así la concienciación de los profesionales en este tema.

Hace 3 años se consensuó el protocolo de actuación en materia de violencia de género de la Comarca Rivera baja del Ebro, adaptado de la legislación vigente, y en 2016 se actualizó para adaptarlo a la nueva legislación.

En cada reunión se hace el seguimiento de todos los casos conocidos activos de violencia de género y se establecen pautas de actuación si es preciso.

Si hay sospecha de nuevos casos también se pone en conocimiento y se inician los trámites de actuación según protocolo.

Se ha producido un aumento del contacto con los servicios sociales, no sólo para el tema de violencia de género sino para otros muchos asuntos, facilitando la interacción y la intervención más oportuna en cada caso.

Todos los casos activos de la zona de salud son conocidos por todo el EAP y hay una mejor coordinación de recursos y una toma de decisiones compartida que seguro ha evitado situaciones críticas de agresiones (aunque esto no lo podemos cuantificar).

Todos los profesionales del EAP como así los participantes en la Comisión, observamos de forma subjetiva la utilidad de estas reuniones tanto para una mejor asistencia a las víctimas, como para una mejoría de las capacidades emocionales personales en cuanto a sentirnos unidos respecto a este grave problema y observar la implicación que todos tenemos en ello.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención a las víctimas de violencia de género

Mejorar la coordinación entre las distintos interventores en este tema (servicios sociales, guardia civil, sanitarios, Gobierno)

Prevenir situaciones violentas ante nuevos casos o casos ya conocidos de violencia de género.

Aumentar la sensibilización, concienciación y formación respecto a la actuación de los profesionales del EAP de Sástago en materia de violencia de género.

MÉTODO

Reunión trimestral de la Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género

Tras cada reunión de la Comisión, se realiza comunicación de los casos en reunión de Equipo y se actualiza la información a todos los miembros, especialmente a los profesionales responsables de las víctimas y de los posibles agresores.

A las víctimas o posibles víctimas de violencia de género el médico/a responsable hace un flash en OMI para el personal sanitario donde se identifica la situación de víctima, con el fin de que todo profesional que atiende a esta paciente lo tenga en cuenta y notifique cualquier sospecha de peligro o agresión.

INDICADORES

- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: mínimo 50% máximo 100%. Actual: 100%

- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello: mínimo-50% Máximo-100%

DURACIÓN

- Reuniones de la Comisión trimestrales

- Evaluación anual

- Duración: indeterminada. Dependerá de la normativa y legislación en materia de violencia de Género.

OBSERVACIONES

Antigua línea: Violencia de Género

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL MONREAL ALIAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELA INSA MARIA JESUS
MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
SANCHEZ TREMPES LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Participación activa en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro: Se convocaron 2 Reuniones con asistencia del 100%: 3 de mayo y 20 de junio de 2017 en Quinto - Asistente Isabel Monreal Aliaga
2. Se realizó un "saludo saludable" para incorporarlo en los programas de fiestas de las diferentes localidades de la Comarca (para ello colaboraron los Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro) para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas.
3. El Consejo de Salud de la Zona se ha reunido en 2 ocasiones durante el año 2017, en la 1ª reunión (28-1-17) se presentó el proyecto, y en la 2ª (29-11-17) se presentaron las conclusiones del grupo impulsor y se solicitó colaboración a los municipios en materia fundamentalmente económica.
4. Se ha creado un grupo impulsor formado por Mª Jesús Vela (Matrona), Isabel Monreal (Médico), Malaika Ventura (Terapeuta de la Escuela de Gestalt) y Mª José Conesa (Educatora social)
5. Reuniones de coordinación interdisciplinarias:
1. 2-10-17: Mª Jesús Vela (Matrona) con el Equipo directivo del Instituto de Sástago
2. 9-10-17: Isabel Monreal (Médico) y Mª Jesús Vela (Matrona) con el Equipo directivo del Instituto de Sástago
3. 27-11-17: Mª Jesús Vela (Matrona), Equipo directivo del Instituto de Sástago, y Educatora social de la Zona de salud (Mª José Conesa)
4. 15-11-17: Isabel Monreal (Médico) con Directora de la Escuela de Terapia Gestalt de Zaragoza (Malaika Ventura)
5. 31-1-18: Reunión en el Centro de salud de Rebojería (Zaragoza): Mª Jesús Vela (Matrona), Isabel Monreal (Médico), Malaika Ventura (Terapeuta Gestalt), Representante del proyecto Fundación Centro Solidaridad Zaragoza para adolescentes
6. Sesiones/talleres con Alumnos del Instituto de Sástago:
Noviembre: Días 6 (Mª Jesús Vela) - Sexualidad y HIV Día 20 (Isabel Monreal, Mª Jesús Vela y Malika Ventura) - Cohesión grupal
Diciembre 2017: días 4 - Sexualidad (taller 1), día 18 (Mª Jesús Vela y Malika Ventura) - Cohesión de grupo
Enero 2018: Día 15 - Sexualidad (taller2), día 22 (Mª Jesús Vela y Malika Ventura): Confianza, responsabilidad y respeto (dinámica 1)
Febrero 2018: Día 5 y 12 (Mª Jesús Vela y Malika Ventura) - Confianza, responsabilidad y respeto (dinámicas 2 y 3)
Próximas fechas a determinar mensualmente hasta junio de 2018 según calendario escolar.
7. Comunicación intraequipo de salud: De forma continuada hemos mantenido informados de las actuaciones realizadas al resto de miembros del Centro de salud durante las sucesivas reuniones de equipo, manteniéndoles al día de los avances y actuaciones realizadas con los adolescentes y los contactos interdisciplinarios que hemos ido realizando.
8. A raíz del trabajo interdisciplinar realizado, hemos firmado un acuerdo de coordinación con el Servicio Social de Zona para reunirnos de forma presencial cada 1- 2 meses, según necesidades, en el centro de salud. En la actualidad hemos realizado 3 reuniones (6-11-17, 18-12-17 y 12-2-18) con una mejoría manifiesta de las necesidades sociosanitarias de nuestra población más vulnerable y una mejora, por tanto, de la atención que podemos prestarles desde un enfoque más global.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud: 5 (desde octubre 2017 a febrero 2018). Teniendo en cuenta que la evaluación es a mitad del proyecto, ya que tiene una duración y cronograma según el curso escolar (septiembre17 a junio-18)
- Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro: 100% de asistencia (se ha acudido a las 2 reuniones convocadas)
- Encuesta cualitativa de valoración del proyecto por los alumnos del instituto de Sástago, con las siguientes preguntas y respuestas:
¿Por qué te parece importante el proyecto?
Para tener precauciones. Para aprender cosas nuevas y nos ayudéis con nuestros problemas. Porque prefiero esto que física y química. Mola. Me da igual. Porque la juventud de hoy en día no se suele cuidar en temas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

respecto al VIH o no está muy informada sobre el tema y siempre está bien aprender esto. Para saber cuidarse. Para aprender cosas. Porque hay que saber cosas sobre diferentes temas. No sé, porque me entretiene. Me parece importante porque aprendemos cosas que no sabíamos y todos juntos nos lo pasamos muy bien. Para aprender cosas nuevas y reducir nuestras dudas. Porque hay que hablar de esto.

¿Qué esperas de este proyecto?

Aprender cosas nuevas. Algo más divertido. Aprender y concienciarme. Aprender cosas nuevas.

¿Qué te gustaría tratar?

Tratar más mis emociones. Centrarnos más en el sexo, ya que estaría interesante y no estaría mal aprender todos un poco. Nada. Me gusta ya lo que estamos tratando. Aprender más cosas y seguir hablando de cosas que no conocíamos bien.

¿Qué crees que se puede mejorar?

Hacer más juegos. Que fuera todos los días. Me da igual. La confianza. Lo malo que haces. Nada, aprendemos muchas cosas. Estaría bien ver alguna película. Nada, está muy bien y me está gustando mucho.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La acogida por parte del alumnado es muy buena, teniendo en cuenta que hay un grupo de población diana procedente de familias desestructuradas, con un alto riesgo de embarazos e ITS, cada vez la confianza aumenta y se ven con más herramientas emocionales para poder afrontar la realidad en la que viven su día a día.

La colaboración entre M^a Jesús Vela y la escuela de Terapia Gestalt-Zaragoza, en la persona de su Directora, Malaika Ventura, está siendo crucial para poder abordar la realidad más allá de la sintomatología de las conductas disruptivas que observamos en estos adolescentes, de tal forma que tengan la posibilidad de recibir ayuda y formación orientada a una mayor conciencia y conocimiento de sus emociones, a una gestión sana y adecuada de las mismas, y en consonancia con un mayor conocimiento de sí mismos, tomando como base, la responsabilidad propia de cada individuo de su propia vida, que les permita el acceso a su potencial humano y recursos interiores para poderse integrar en la sociedad desde la confianza en sí mismos y en los demás, y poder dar lo mejor de sí mismos.

La percepción por parte del personal directivo del Instituto de Sástago es también muy buena, ya que está permitiendo una mayor tranquilidad en las aulas y la percepción de que el estancamiento que estaban percibiendo con estos adolescentes, en el sentido del pronóstico vital de los mismos, se está empezando a desbloquear. Los contactos con los servicios sociales son fluidos y estamos estudiando la manera de encontrar la manera más eficiente de ayudar a la población adolescente de la zona con los recursos disponibles.

El equipo consideramos que es un trabajo lento y continuado, que debe seguir en marcha y que tenemos que buscar la forma de poder conveniar con la Escuela de Terapia Gestalt-Zaragoza para que el proyecto sea sostenible en el tiempo. Para ello estamos buscando colaboración con los Ayuntamientos implicados. También es imprescindible que la matrona M^a Jesús Vela continúe en su puesto de trabajo en comisión de servicios.

Será necesario empezar a trabajar con los adolescentes de edades más tempranas para poder abordar la problemática de los mismos de forma más precoz, e incluso poder hacer algún trabajo con el personal docente del instituto en materia de límites y emocionalidad en las aulas.

7. OBSERVACIONES.

La Escuela Gestalt-Zaragoza tiene un convenio de colaboración con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior para prestar ayuda y formación a penados con el mismo objetivo que se plantea en nuestro proyecto, pero en nuestro caso de forma preventiva.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1566 ===== ***

Nº de registro: 1566

Título
ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Autores:
MONREAL ALIAGA ISABEL, VELA INSA MARIA JESUS, TERUEL MAICAS ALICIA, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, SANCHEZ TREMPES LUIS, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Salud sexual. Drogadicción
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

PROBLEMA

Durante el año 2016 realizamos en el Centro de salud el proyecto "Talleres de sexualidad, educación psico-sexual-afectiva prevención enfermedades de transmisión sexual" (proyecto asistencial presentado en el Acuerdo de Gestión de 2016) a cargo de la matrona M^a Jesús Vela Insa. A raíz de su intervención en el Instituto de Sástago con diversos talleres al alumnado y reuniones con el profesorado y servicios sociales, se detectó un problema de conductas de riesgo en la población adolescente de la zona relacionadas con la salud sexual y el consumo de drogas, por lo que los servicios sociales han realizado intervención psicoterápica en un grupo de alumnos en riesgo de exclusión y desde el Servicio Social de Base se ha convocado la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud donde el Centro de salud ha estado representado, así como servicios sociales, juzgado de menores, educadores sociales, guardia civil y otros servicios sanitarios de la comarca Rivera Baja del Ebro (Centro de salud de Fuentes de Ebro). A fecha de hoy se han realizado 2 reuniones, y la próxima será en septiembre. A su vez, en el Consejo de Salud de la Zona, tras tener en conocimiento del problema detectado con los adolescentes, se decidió en la reunión de abril de 2017 crear un grupo impulsor de personas implicadas para poder abordar el problema de forma global más específicamente en la Zona de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la salud de los adolescentes de la Zona de Salud de Sástago
- Detectar los problemas actuales y generar actividades tanto de abordaje de los mismos como de prevención

MÉTODO

Participar activamente en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro
Crear un grupo impulsor en la Zona de Salud de Sástago multidisciplinar y con participación de la Comunidad
Realizar un "saludo saludable" para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas de las diferentes localidades de la Comarca. Responsables: Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro.
- Mantener informado al Consejo de Salud de Sástago acerca de las actividades a realizar con los jóvenes
- Reuniones periódicas con el profesorado del Instituto de Sástago: La 1^a a finales de septiembre. La periodicidad la estableceremos según actividades
- Actividad mensual con los alumnos del instituto de concienciación en salud: el personal sanitario participaremos cuando lo establezcamos según agenda, ya que habrá más actores a intervenir.

INDICADORES

- N° de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud
- Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro. Mínimo 50% Máximo 100%
- Encuesta cualitativa de valoración por los alumnos del instituto de Sástago

DURACIÓN

El proyecto a comenzado en marzo de 2017 y forma parte de la continuación del del año 2016 coordinado por M^a Jesús Vela.
La duración del proyecto es de 1 año, hasta julio de 2018 donde se reevaluará su pertinencia.
Estamos en fase de evaluación de las actividades a realizar, por lo que aún no podemos aportar calendario.
Las actividades que de momento tienen calendario son:
- itinerario de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud: Se realizará en las reuniones de la Mesa de coordinación y la fecha prevista para su aprobación es marzo de 2018. Responsable del EAP: coordinadora del Centro de Salud, Isabel Monreal aliaga
- Reunión del grupo impulsor Zona de salud de Sástago: 1^a reunión para septiembre- octubre 2017. Durante el mes de julio se contactará con los candidatos. Responsable: Isabel Monreal Aliaga
- Saludo saludable para los programas de fiestas de la Comarca: 1^a semana de julio de 2017. Responsables: Isabel Monreal y Coordinador del C.S. Fuentes de Ebro

Plan de comunicación:

- Comunicación de las actividades y progresos al Consejo de salud de Sástago en sus reuniones periódicas

OBSERVACIONES

La Matrona M^a Jesús Vela Insa ha solicitado comisión de servicios (y se la han concedido) para volver a esta Zona de salud, ya que en la actualidad no está. Contamos con su participación en cuanto se incorpore a la plaza.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SÁSTAGO

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ISABEL MONREAL ALIAGA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS SASTAGO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VELA INSA MARIA JESUS
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION
SANCHEZ TREMPES LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las acciones previstas para lograr los objetivos, el plan de comunicación, actividades de formación, de participación comunitaria, investigación, junto con los recursos previstos para cada acción (número de reuniones(mensuales con el EAP, trabajo de campo semanal en IES Sástago, reuniones trimestrales con trabajadoras sociales de la comarca).

- Participación activa en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Ribera Baja del Ebro
- Creación de un grupo impulsor en la Zona de Salud de Sástago multidisciplinar y con participación de la Comunidad
- Realizar un "saludo saludable" para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas de las diferentes localidades de la Comarca. Responsables: Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro.
- Mantener informado al Consejo de Salud de Sástago acerca de las actividades realizadas con los jóvenes
- Reuniones periódicas con el profesorado del Instituto de Sástago: La 1ª celebrada a finales de septiembre. La periodicidad establecida según necesidades
- Actividad mensual con los alumnos del instituto de concienciación en salud: con participación del personal sanitario

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud: Mensuales con EAP y T.Sociales de la comarca, semanales en el IES Sástago. Sesiones de 2 horas semanales (los lunes) con los alumnos de ESO del IES de Sástago.
- Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Ribera Baja del Ebro, de un 100%.
- Encuesta cualitativa de valoración por los alumnos del instituto de Sástago, con distintos enfoques respecto a las encuestas iniciales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto comenzó en marzo de 2017 y forma parte de la continuación del del año 2016 coordinado por Mª Jesús Vela.

La duración del proyecto era inicialmente de 1 año, hasta julio de 2018 donde se reevaluaría su pertinencia. Se continuó con el mismo, hasta el 11 de febrero de 2019.

Las actividades realizadas con calendario según lo previsto:

- Itinerario de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud: En las reuniones de la Mesa de coordinación y la fecha de aprobación, marzo de 2018. Responsable del EAP: Coordinadora del Centro de Salud, en ese momento, Isabel Monreal Aliaga.
- Reunión del grupo impulsor Zona de salud de Sástago: 1ª reunión realizada en septiembre 2017. Responsable: Isabel Monreal Aliaga
- Saludo saludable para los programas de fiestas de la Comarca: 1ª semana de julio de 2017. Responsables: Isabel Monreal y Coordinador del C.S. Fuentes de Ebro

- El proyecto ha evidenciado una buena acogida por parte de los alumnos del IES de Sástago, con buena respuesta en las sesiones, con participación de aproximadamente el 98% de los asistentes, en las mismas, con una mejora en las respuestas, objetivada por los responsables del proyecto, respecto a los temas tratados en las distintas sesiones, sobre salud en la adolescencia.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto ha finalizado en febrero de 2019, debido al traslado de la responsable del mismo, Mª Jesús Vela (matrona).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1566 ===== ***

Nº de registro: 1566

Título
ATENCIÓN A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Autores:
MONREAL ALIAGA ISABEL, VELA INSA MARIA JESUS, TERUEL MAICAS ALICIA, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, SANCHEZ TREMPES LUIS, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Salud sexual. Drogadicción
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el año 2016 realizamos en el Centro de salud el proyecto "Talleres de sexualidad, educación psico-sexual-afectiva prevención enfermedades de transmisión sexual" (proyecto asistencial presentado en el Acuerdo de Gestión de 2016) a cargo de la matrona M^a Jesús Vela Insa. A raíz de su intervención en el Instituto de Sástago con diversos talleres al alumnado y reuniones con el profesorado y servicios sociales, se detectó un problema de conductas de riesgo en la población adolescente de la zona relacionadas con la salud sexual y el consumo de drogas, por lo que los servicios sociales han realizado intervención psicoterápica en un grupo de alumnos en riesgo de exclusión y desde el Servicio Social de Base se ha convocado la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud donde el Centro de salud ha estado representado, así como servicios sociales, juzgado de menores, educadores sociales, guardia civil y otros servicios sanitarios de la comarca Rivera Baja del Ebro (Centro de salud de Fuentes de Ebro). A fecha de hoy se han realizado 2 reuniones, y la próxima será en septiembre.
A su vez, en el Consejo de Salud de la Zona, tras tener en conocimiento del problema detectado con los adolescentes, se decidió en la reunión de abril de 2017 crear un grupo impulsor de personas implicadas para poder abordar el problema de forma global más específicamente en la Zona de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la salud de los adolescentes de la Zona de Salud de Sástago
- Detectar los problemas actuales y generar actividades tanto de abordaje de los mismos como de prevención

MÉTODO
Participar activamente en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro
Crear un grupo impulsor en la Zona de Salud de Sástago multidisciplinar y con participación de la Comunidad
Realizar un "saludo saludable" para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas de las diferentes localidades de la Comarca. Responsables: Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro.
- Mantener informado al Consejo de Salud de Sástago acerca de las actividades a realizar con los jóvenes
- Reuniones periódicas con el profesorado del Instituto de Sástago: La 1ª a finales de septiembre. La periodicidad la estableceremos según actividades
- Actividad mensual con los alumnos del instituto de concienciación en salud: el personal sanitario participaremos cuando lo establezcamos según agenda, ya que habrá más actores a intervenir.

INDICADORES
- Nº de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud
- Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro. Mínimo 50% Máximo 100%
- Encuesta cualitativa de valoración por los alumnos del instituto de Sástago

DURACIÓN
El proyecto a comenzado en marzo de 2017 y forma parte de la continuación del del año 2016 coordinado por M^a Jesús Vela.
La duración del proyecto es de 1 año, hasta julio de 2018 donde se reevaluará su pertinencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Estamos en fase de evaluación de las actividades a realizar, por lo que aún no podemos aportar calendario.

Las actividades que de momento tienen calendario son:

- itinerario de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud: Se realizará en las reuniones de la Mesa de coordinación y la fecha prevista para su aprobación es marzo de 2018. Responsable del EAP: coordinadora del Centro de Salud, Isabel Monreal aliaga
- Reunión del grupo impulsor Zona de salud de Sástago: 1ª reunión para septiembre- octubre 2017. Durante el mes de julio se contactará con los candidatos. Responsable: Isabel Monreal Aliaga
- Saludo saludable para los programas de fiestas de la Comarca: 1ª semana de julio de 2017. Responsables: Isabel Monreal y Coordinador del C.S. Fuentes de Ebro

Plan de comunicación:

- Comunicación de las actividades y progresos al Consejo de salud de Sástago en sus reuniones periódicas

OBSERVACIONES

La Matrona M^a Jesús Vela Insa ha solicitado comisión de servicios (y se la han concedido) para volver a esta Zona de salud, ya que en la actualidad no está. Contamos con su participación en cuanto se incorpore a la plaza.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0024

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN JOSE LASARTE VELILLAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MAINAR AMOR
JASO MIÑANA MERCEDES
ALVAREZ RUIZ BLANCA
JIMENEZ MARIN ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha continuado atendiendo pacientes en la consulta de lactancia de Torre Ramona.
Se ha enviado una comunicación tipo póster al VIII Congreso Español de lactancia materna de Zaragoza (26-28 de febrero de 2015).
Se ha enviado una comunicación tipo póster al IX Congreso Español de lactancia materna de Zaragoza (23-25 de marzo de 2017).
Se ha continuado recogiendo y analizando los datos de asistencia y de la encuesta de satisfacción cuyos resultados se exponen más adelante.
Se ha registrado la base de datos en la Agencia Española de Protección de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

PERÍODO: 8/8/2014 a 31/12/2017

LACTANTES VISITADOS= 257

NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS= 914

Presenciales= 419, Mail= 473, Telefónicas= 22

Visitas / paciente: Media= 3,4 visitas (rango: 1-20). Mediana= 2 visitas.

Demora en la primera asistencia: Mediana= 1 día (rango: 0-31 días)

NÚMERO DE CONSULTAS POR LACTANTE:

El 28% de los pacientes requirieron una sola visita, un 30% 2 visitas. Solo un 20% requirieron más de 4 visitas (rango: 1-20 visitas).

NÚMERO DE PROBLEMAS CONSULTADOS POR PACIENTE:

Mediana= 1 (Rango: 1-5 problemas)

El 87% de las pacientes presentaron un único problema, un 9% 2 problemas y 11 pacientes 3 o más problemas

Se han enviado 224 encuestas de satisfacción y se han respondido 167 (74% de respuesta).

Hemos percibido un alto grado de satisfacción en las madres atendidas así como entre los profesionales que han enviado pacientes.

En los casos en que ha sido posible hemos informado a los profesionales de referencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos ido citando a los pacientes en los huecos disponibles de la agenda, lo que resulta más complicado que disponer de un espacio y tiempo únicos para esta consulta. Por este motivo, desde enero de 2018 las consultas de lactancia se atienden un día a la semana excepto en casos agudos que requieren actuación urgente.

Para el manejo de los formularios de GoogleDocs con los que se registra a los pacientes es preciso utilizar una versión de Mozilla actualizada u otro explorador como Google Chrome que soporte las Apps utilizadas. Hemos tenido muchos problemas debido a la escasa memoria RAM del ordenador que hace que se ralentice el sistema y que frecuentemente requiera reiniciarlo con la consiguiente pérdida de tiempo. Esto ha supuesto una sobrecarga de trabajo considerable que se ha solucionado tras la renovación de los equipos informáticos del SALUD.

Desde el Centro de Salud no se puede acceder y registrar en la historia clínica del lactante ni en la de su madre. Para poder prescribir y/o solicitar pruebas a estas madres es necesario realizar una asignación temporal al centro de salud. Por el mismo motivo, otro inconveniente es que los médicos de estos pacientes tampoco pueden conocer fácilmente el contenido de las visitas realizadas.

En resumen, el proyecto está funcionando muy bien, con un alto grado de satisfacción tanto de los usuarios y de los profesionales que envían pacientes. Supone una sobrecarga de trabajo que, de momento, podemos asumir.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0024

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/24 ===== ***

Nº de registro: 0024

Título
CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA

Autores:
LASARTE VELILLAS JUAN JOSE, SANCHEZ MAINAR AMOR, JASO MIÑANA MERCEDES, ALVAREZ RUIZ BLANCA NIEVES, JIMENEZ MARIN ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el agosto de 2014 comenzamos una iniciativa de mejora de la calidad poniendo en marcha una consulta de lactancia para todo el sector II de Zaragoza.
Hemos continuado atendiendo pacientes desde esa fecha obteniendo buenos resultados que se detallan en la Memoria 2014-16 que se ha enviado a calidadensalud@aragon.es
Nuestro deseo es continuar con el trabajo en la consulta y hacerla extensiva a toda la CA de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
- Poner a disposición de los profesionales sanitarios y recurso extra para la resolución de problemas de lactancia.
- Poner en marcha estudios de investigación para los que se requiere un mayor número de pacientes que los que proporciona la consulta de un solo cupo de pediatría.
- Aumentar la incidencia y duración de la lactancia materna en toda la CA de Aragón.

MÉTODO
- Mejorar el sistema de citación y adecuar el horario de consulta.
- Mejorar el sistema de registro para consultas, llamadas telefónicas y correos electrónicos.
- Diseñar un protocolo de asistencia por problemas, entre matrona-enfermera-pediatra.
- Evaluar los motivos de consulta y la patología encontrada en relación con la lactancia.
- Difundir las actividades a toda la CA de Aragón.
- Monitorizar los problemas de lactancia en la CA de Aragón.

INDICADORES
- Asistencia a consulta: número de lactantes visitados y número de visitas por lactante.
- Asistencia telefónica: número de consultas telefónicas atendidas.
- Asistencia por correo electrónico: número de consultas por atendidas por este medio.
- Protocolos realizados.
- Estudios de investigación realizados o iniciados.
- Registro de incidencias.
- Satisfacción de calidad percibida: se cuantificará mediante la encuesta diseñada específicamente (escala Likert de satisfacción con la atención recibida) que se envía por correo electrónico unos meses después de finalizada la asistencia al paciente y que se responde de forma anónima.

Estos indicadores se analizarán en 2017, semestral y anualmente.

DURACIÓN
Octubre de 2016: difusión del proyecto a los centros sanitarios.
Marzo de 2017: evaluación semestral.
Agosto de 2017: evaluación anual.

OBSERVACIONES
Para aumentar el interés de los profesionales por la lactancia materna, creemos que sería positivo integrar en la cartera de servicios y en los criterios de productividad algunos indicadores de proceso relacionados con la lactancia. En este sentido y también para facilitar el registro y la monitorización de la lactancia, ya hay un grupo de trabajo en Zaragoza que comenzó a elaborar una propuesta de modificación de OMI-AP.
También sería muy útil para los profesionales que trabajan en pediatría sustituir las actuales gráficas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0024

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

crecimiento integradas en OMI-AP por las gráficas de OMS elaboradas con bebés amamantados.
El proyecto puede ser de ayuda para aquellos centros sanitarios de Aragón que van a comenzar a trabajar en la estrategia IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia, www.ihan.es) para conseguir la acreditación de calidad IHAN.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE JESUS RUIZ BARRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OTEGUI ILARDUYA LUIS
SORIA CABEZA GLORIA
RUBIO GALAN FRANCISCO JAVIER
LASARTE VELILLAS JUAN JOSE
ALVAREZ RUIZ BLANCA
TURON RAMOS BEGOÑA
MORENO FLOR SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La última actualización del manual de acogida en vigor data de abril de 2016. La actualización del 2017 se acordó retrasarla al primer trimestre 2018, el motivo ha sido esperar a que produjeran todas las jubilaciones del segundo semestre del 2017.

El seguimiento y evaluación de los objetivos se se ha podido realizar con los datos obtenidos del cuadro de mandos, hemos realizado dos actividades de seguimiento (en Mayo y Octubre del 2017) y la evaluación final en Febrero de 2018.

Las actividades formativas se han ido realizando con algunos cambios de calendario por diferentes motivos relacionados con la gestión de la agenda. La evaluación final del programa 2017-2018 se hace a través de la encuesta de satisfacción programada para Mayo-Junio 2017.

En cuanto a la gestión de calidad se han realizado las reuniones de consejo de salud programadas. Durante 2017 hemos se han realizado 3 reuniones del grupo de calidad para el seguimeinto de las incidencias y no conformidades.

Las actividades de seguridad, gestion de material, equipos y atención al usuario se realizan según la programación.

Se ha realizado la revisión por la Dirección y la Audotoría Interna de 2017 en Noviembre del 2017, aunque verbalmente ha sido satisfactoria, esta pendiente el informe final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores asistenciales de AG 2017: Nuestros puntos fuertes continúan siendo los indicadores de primovacunación, valoración del riesgo cardiovascular y cobertura de polimedicação por enfermería

En relacion con el paciente dependiente hemos alcanzado objetivos en la valoración de riesgo de caídas y úlceras por presión en pacientes dependientes. Aunque no hemos alcanzado objetivos hemos mejorado nuestro resultados en los indicadores de valoración de riesgo del cuidador (Zarit).

En cuanto a diabetes cumplimos objetivo control de HbA1C en diabéticos en el último año pero no alcanzamos la meta en la exploración del pie con una disminución respecto al 2017 entre las causas estan el cambio de registro en OMI y la baja cobertura de la actividad.

En cuanto a la estrategia de tabaco y EPOC son nuestro principal punto debil (no alcanzar objetivos y estar por debajo del sector o el Salud) tanto en la anamnesis e intervención sobre tabaco como en la anamnesis de síntomas respiratorios y la intervencion sobre vias aéreas.

El numero de incidencias en el 2017 ha sido 29 (3 mas que 2016). Hemos tenido tres No Conformidades, todas cerradas en el año.

Durante el año 2017 ee han realizado 43 sesiones clínicas con una media de asistencia de 15,35 profesionales, similar al año 2016. Se ha realizado las sesiones priorizadas en el contrato de gestion.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha mejorado la información para el seguimiento de los indicadores clínicos. En 2017 se ha añadido al cuadros de mandos de los indicadores clínicos del AG para seguiento individualizado, la información es mas accesible. No obstante, el riesgo es que no sean consultada por desconocimiento o la inercia del día a día del centro. Por eso se realizaron al menos dos reuniones de EAP para informar sobre el seguimiento tanto de EAP como adhoc en funcion de los datos de cada profesional (accesibles para el coordinador). El análisis y propuesta de medidas correctoras se ha realizado este año por la comisión de calidad del centro, a pesar de ello no ha sido suficiente para mejorar algunos de los indicaores, Este año se ampliara a otros miembros del equipo en este análisis de los resultados

El sistema de notificación de incidencias a través del correo de OMI ha permitido incrementar el número de incidencias respecto al 2016. También servido para mejorar su difusión y se está consolidando como un buen medio de comunicacion en el EAP.

La programación de las sesiones de formación, a pesar de las numerosas incidencias en la agenda se ha desarrollado el mismo numero de sesiones que año anterior y se estan realizando las sesiones priorizadas en CG . La media de asitencia es de 15 personas por sesión.

A través del proyecto hemos desarrollado una sistemática de trabajo que nos va a permitir lograr el objetivo de mantener la acreditación ISO de forma continua cada año.

La programación de las sesiones de formación, a pesar de las numerosas incidencias en la agenda se ha desarrollado el mismo numero de sesiones que año anterior y se estan realizando las sesiones priorizadas en CG . La media de asitencia es de 15 personas por sesión.

A través del proyecto hemos desarrollado una sistemática de trabajo que nos va a permitir lograr el objetivo de mantener la acreditación ISO de forma continua cada año.

7. OBSERVACIONES.

Nuestra intención en continuar con el proyecto de acreditación en ISO para 2018 si el Salud continua con el programa con el fin de ir mejorando y consolidando este sistema de trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/409 ===== ***

Nº de registro: 0409

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

Autores:
RUIZ BARRANCO JESUS, OTEGUI ILARDUYA LUIS, SORIA CABEZA GLORIA, RUBIO GALAN FRANCISCO JAVIER, LASARTE VELILLAS JUAN JOSE, ALVAREZ RUIZ BLANCA NIEVES, TURON RAMOS BEGOÑA, MORENO FLOR SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de Torrera de Zaragoza II se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2012. Nuestro planteamiento es mantener la certificación ISO 9001. en el EAP Torrera de Zaragoza II.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditoria, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Actividades mas importantes que se quieren realizar con los responsables:

1. DOCUMENTACIÓN
 - 1.1. Actualizar el manual de acogida. Coordinador de EAP.
 - 1.2. Actualizar la documentación en vigor. Responsable de Calidad.
2. OBJETIVOS
 - 2.1. Planificar los objetivos. Grupo de Calidad.
 - 2.2. Seguimiento de objetivos. Grupo de Calidad.
 - 2.3. Evaluación final de objetivos. Grupo de Calidad.
3. PERSONAL
 - 3.1. Actualizar curriculum. Responsable Formación.
 - 3.2. Planificar la formación del EAP. Responsable Formación.
 - 3.3. Gestionar calendario de sesiones.. Responsable Formación.
 - 3.4. Evaluar el programa de formación. Responsable Formación.
4. GESTIÓN DE CALIDAD
 - 4.1. Reuniones del consejo de salud de zona. Coordinador de EAP.
 - 4.2. Seguimiento de Incidencias, No conformidades y reclamaciones. Grupo de Calidad.
 - 4.3. Seguimiento de acciones preventivas. Grupo de Calidad.
 - 4.4. Seguimiento de la líneas de mejora. Grupo de Calidad.
5. SEGURIDAD, MATERIAL Y EQUIPOS
 - 5.1. Control de la gestión de residuos. Aux. Enfermería.
 - 5.2. Control de la esterilización de material. Aux. Enfermería.
 - 5.3. Supervisar revisiones del carro paradas y maletines de urgencias. Responsable de equipos.
 - 5.4. Calibrar el espirómetro. Responsable de equipos.
 - 5.5. Control de las neveras de vacunas. Responsable de equipos.
 - 5.6. Supervisar las revisiones externas de equipos. Responsable de equipos.
 - 5.7. Control de stock y pedidos de material sanitario y botiquín. Aux. Enfermería.
 - 5.8. Control del almacén. Aux. Enfermería.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

6. PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO.
6.1. Supervisar cita previa, libre elección, tarjeta sanitaria y prestaciones. Responsable de admisión.

INDICADORES

Los indicadores que se van a utilizar en el seguimiento y motorización del proyecto son:

1. Los indicadores del contrato de gestión del 2016
2. El número de incidencias y NC durante el 2016 respecto 2015
3. El número de sesiones de formación realizadas sobre las programadas

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: abril 2017

Revisión por la Dirección: mayo 2017

Auditoria Externa: junio 2017

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

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

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. septiembre 2016 a junio 2017.

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. periodicidad cuatrimestral.

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1427

1. TÍTULO

SALVA CORAZONES

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE EDGAR PEÑA GALO
· Profesión MIR
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO SARAY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dentro del plan de mejora para el 2017 del centro de salud Torre Ramona, se incluyó el proyecto de reanimación cardiopulmonar básico (RCP-B) en el IES Pablo Serrano. Con esta iniciativa se pretendía llenar la necesidad de divulgación y sobre todo entrenamiento en la RCP-B.

Esta técnica es de sencilla realización, por lo tanto, se puede entrenar a personal no sanitario, y a su vez en situaciones de riesgo vital podrían jugar un rol determinante en salvar la vida de una persona. Inicialmente la actividad se había enfocado en entrenar a los adolescentes entre 15 y 16 años, o su defecto a los estudiantes de 3º y 4º año de la ESO. Pero la población diana del curso fue sustituida, siendo el claustro de profesores el grupo a ser entrenado en RCP-B. Este cambio se debió a una resolución del Gobierno de Aragón con fecha del 7 de noviembre 2017, la cual hace referencia a la actuación en situaciones de urgencia y emergencia en los centros docentes de la comunidad de Aragón, en donde el profesorado debería recibir las instrucciones necesarias para dar respuestas a tales situaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como parte de la interacción entre el profesorado y el personal sanitario, se procedió a realizar una pequeña introducción de la actividad, con la correspondiente presentación los involucrados en impartir el curso, luego se repartió la encuesta para valora conocimientos Pre-post.

El porcentaje inicial de conocimiento global sobre RCP-B por parte del profesorado fue de un 48% en el pre-test. Una vez realizado el curso se realizó un segundo test con las mismas preguntas, obteniendo un resultado global de conocimiento del RCP-B del 79%, aplicamos el test de Wilcoxon, con resultado estadísticamente significativo en favor de la actividad y mejora del conocimiento (valor de $p < 0.001$)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El aspecto mas importante es el trabajo en grupo realizado por los diferentes EIRs y MIRs del centro de salud de Torre Ramona, logrando aglutinar en dicha actividad al 100% de EIRs y al 80% MIR. Por otro lado, entre los aspectos pendientes a realizar es una formación del profesorado sobre primeros auxilios escolares, tomando en cuenta los temas de la nueva resolución del gobierno de Aragón (7-Nov-2017) que debe entrar en vigor el próximo mes de Septiembre/2018 y el posterior entrenamiento a los adolescentes.

La sostenibilidad del proyecto radica en la inícia del los MIRs y EIRs del centro de salud y el apoyo de sus respectivos tutores. Así mismo, la cambiante dinámica del alumnado, hace necesario la replica anual de dichos conocimientos.

La principal recomendación, sería la elaboración de un manual o guía de apoyo abordando los temas de la resolución antes mencionada tanto para el profesorado como para los futur@s EIRs y MIRs no solo de Torre Ramona, sino de todo el territorio aragonés.

7. OBSERVACIONES.

Los temas propuestos en la resolución del gobierno de Aragón son los siguientes: Dentro del bloque de emergencias sanitarias, se encuentran:

- " Pérdida del conocimiento.
- " Pérdida abundante de sangre: heridas y hemorragias.
- " Dificultad respiratoria prolongada.
- " Dolor intenso en la zona del pecho.
- " Convulsiones.
- " Electrocuación grave.
- " Quemadura grave.
- " Asfixia por inmersión, ahogamiento o atragantamiento.
- " Caídas desde alturas.
- " Accidentes de tráfico.
- " Intoxicaciones con compromiso vital

Por otro lado, están las situaciones sanitarias derivadas de enfermedades crónicas:

- " Asmáticos (emergencia por ataque asmático).
- " Alérgicos (anafilaxia o reacción alérgica grave).
- " Diabéticos (emergencia por hipoglucemia).
- " Epilépticos (emergencia por convulsiones).

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1427 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1427

1. TÍTULO

SALVA CORAZONES

Nº de registro: 1427

Título
SALVACORAZONES. REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) EN EL IES PABLO SERRANO

Autores:
PEÑA GALO EDGAR, JASO MIÑANA MERCEDES, JIMENEZ MARIN ANA MARIA, LLANES LUÑO RICARDO, RODRIGUEZ SLOCHER ANA MARIA, APARICIO JUEZ SARAY, GARCIA URIEL IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Iniciativa surgida en relación a la importancia y la necesidad de divulgación y entrenamiento en RCP básica. La RCP es un procedimiento de sencilla realización que cualquier persona con un entrenamiento adecuado podría realizar ayudando así a salvar vidas. En este taller se trabajarán también otro tipo de situaciones que requieren actuación por parte de la población general, en él se entrenará la maniobra lateral de seguridad, la maniobra de Heimlich, etc.

RESULTADOS ESPERADOS
Los asistentes al taller mejorarán sus conocimientos y su manejo en relación a primeros auxilios. Todos los asistentes sabrán realizar RCP básica y actuar frente a determinadas situaciones que requieran actuación (OVACE, pérdida de conocimiento, etc.) en adultos y niños.

MÉTODO
El taller tendrá una duración de 4 horas, comenzando a las 09:00 y terminando a las 13:00 horas. Durante el taller se realizarán los descansos habituales de la jornada escolar.
El taller será práctico con soporte audiovisual y teórico.
Durante el desarrollo del taller se realizarán diversas explicaciones a los asistentes de manera conjunta. Posteriormente, en pequeños grupos de 5 o 6 personas, se realizará el entrenamiento. En estos grupos se realizará un refuerzo del contenido teórico.
Se dispondrá de diversos maniqués para practicar la RCP y el resto de maniobras (un maniquí adulto y otro infantil para cada grupo).
Finalizadas las explicaciones y el entrenamiento, los asistentes realizarán una encuesta de satisfacción y otra de conocimientos. Además, se les entregará un díptico que recoge todos los temas tratados en el taller.

INDICADORES
Asistencia al taller.
Satisfacción del alumnado y profesorado.
Aumento de los conocimientos en torno al tema trabajado. Se realizará un breve test una vez finalizado el taller y un tiempo después de este.
Capacidad de realización de las maniobras en las cuales se ha instruido. Una vez finalizado el entrenamiento se realizarán varios casos para valorar la actuación de los asistentes.

DURACIÓN
Actividad con carácter anual

OBSERVACIONES
Necesidad de mejorar la coordinación con el IES Pablo Serrano.
El IES y el centro de salud se comprometen a dar continuidad al proyecto por medio de la realización del mismo con los alumnos que corresponda en años venideros. También se establece un compromiso en relación a la realización de sesiones recordatorias para los alumnos que ya hayan realizado el taller.
Los alumnos serán animados a divulgar lo aprendido en su entorno.
Se pretende extender esta actividad a otros colegios de la zona básica de Salud.
Es preciso evaluar de manera continuada las necesidades y preocupaciones en torno a este tema.
Adecuar el horario de la consulta y de la actividad.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1427

1. TÍTULO

SALVA CORAZONES

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1564

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE GALBE SANCHEZ-VENTURA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
METOLA LOZA JULIA
VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN
BALAGUE CLEMONS CONCHA
CANCER RABINAL ROSA
MAINER SANMARTIN MARIA PAZ
MARCOS MAYOR LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
.-Creación de comisión de lactancia materna del centro
.-Exigir cumplimiento de normativa de no publicidad de leches comerciales
.-Funcionamiento regular de grupo de lactancia materna
.-Solicitar acreditación IHAN para el centro Fase I
.-Iniciar plan de formación sobre lactancia para el centro
.-Realizar encuestas de prevalencia en el centro
.-Hacer del centro lugar hábil para la lactancia materna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
.-Primera visita 6,8 d
.-LM <15 días 84,9% sobre 80% de objetivo
.-LM <6 meses:33% (??) sobre 50% de objetivo (dudas sobre esta cifra. en revisión)
.-LM 6 a 12 meses: 61% sobre 35% de objetivo
.-LM 12 a 24 meses:37% sobre 25% de objetivo
.-Funcionamiento regular del Grupo de LM
.-Creación de la comisión de LM del Centro
.-Cumplimiento de la normativa sobre publicidad de alimentos comerciales
.-Hacer de Torrero la Paz centro hábil para LM en todo el centro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
.-Mejoría en la implicación de todo el equipo en temas de LM
.-Inicio de consultoría individual sobre LM
.-Funcionamiento semanal del Grupo de LM
.-Mejora en tasas de LM sobre todo 6-12 meses y 12 a 24 meses
.-Pendiente implementar plan de formación para el equipo
.-Pendiente acreditación IHAN
.-Mejoras en la satisfacción de las familias
.-Mejoras en la relación clínica

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1564 ===== ***

Nº de registro: 1564

Título
PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

Autores:
GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE, VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN, METOLA LOZA JULIA, MARCOS MAYOR LAURA, MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, SANZ MARTINEZ LAURA, GARCIA JULVEZ MARIA, VALTUEÑA CAMACHO MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1564

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

Otro Tipo Patología: Salud Promoción LM Disminucion de la morbimortalidad maternoinfantil
Línea Estratégica : Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos,
Otro tipo Objetivos: Satisfacción usuarios

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Centro con gran incremento de la población pediátrica. Unos 3500 niños de ellos 900 por debajo de 1 año. Desde 2010 se trabaja con un proyecto de mejora de promoción de la lactancia materna (LM). en le momento actual se propone la acreditación del CS con arreglo a la normativa de la IHAN (unicef/OMS)
ver enlace
:http://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-centro-de-salud-ihan/como-ser-centro-de-salud-ihan-fase-ld/

RESULTADOS ESPERADOS
.-Acreditación IHAN primera fase 2018
.-Lograr acreditación completa 2020
.-Creación de comisión de lactancia de Torrero la paz
.-Estudio de prevalencia de LM mediante encuesta
.-Estudio de prevalencia de LM de en el día anterior a la primera visita en el CS
.-Habilitar el CS como espacio hábil para la Lactancia materna
.-Crear areas de privacidad para LM por si se solicitan
.-Monitorizar el cumplimiento sobre publicidad de sucesos de LM
.-Iniciar formación de todo el personal del centro en LM
.-Ofrecer servicio de consulta de LM en las consultas de pediatría
.-Mantener Grupo semanal de LM
.-Realizar un tríptico informativo sobre LM
.-Realizar la primera visita al recién nacido a las 48-72 h del alata en maternidad

MÉTODO
.- Creación de comisión de lactancia de Torrero la paz
.-Estudio de prevalencia de LM mediante encuesta
.-Estudio de prevalencia de LM de en el día anterior a la primera visita en el CS
.-Habilitar el CS como espacio hábil para la Lactancia materna
.-Crear areas de privacidad para LM por si se solicitan
.-Monitorizar el cumplimiento sobre publicidad de sucesos de LM
.-Iniciar formación de todo el personal del centro en LM
.-Ofrecer servicio de consulta de LM en las consultas de pediatría
.-Mantener Grupo semanal de LM
.-Realizar un tríptico informativo sobre LM
.-Realizar la primera visita al recién nacido a las 48-72 h del alata en maternidad

RECURSOS:
.-Encuestas a realizar por MIR del Propio centro
.-Grupo de lactancia pediatra y matrona
.-Primera visita al RN en la primera semana : Admisión
.-Cumplimiento normativa de publicidad: Pediatría
.-Consulta de LM: pediatría y matrona
.-Formación: Pediatría Matrona y Dirección de AP para formación acreditada en sector II

INDICADORES
.-Edad primera visita en el CS
.-Num de LM exclusiva en la primera visita/RN atendidos (encuesta)
.-Monitorización de cumplimiento de normativa de publicidad en CS Cada 6 meses. Num de incidencias /6 m
.-Num de consultas de LM/Num de consultas menores de 2 a
.-Num de sesiones de grupo de LM con registro de asistencia
.-Prevalencia de LM por encuesta en menores de 2 años (encuesta)
.-Num de profesionales que reciben formación acreditada sobre LM 207-2018/num profesionales del CS

DURACIÓN
.-Realizar acreditación IHAN primera fase y superar la auditoría IHAN 2018
.-Acreditación completa del CS en 2020

OBSERVACIONES
.-Programa ya comentado con dirección de AP pendiente de firma por parte de la gerencia del sector II ya que las auditorías externas y la propia formación acreditada generan costes.
Sin embargo existe la evidencia internacional de lo rentable de la acreditación IHAN en términos de salud así como también económicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1564

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1583

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA VALTUEÑA CAMACHO
· Profesión MIR
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA JULVEZ MARIA
SANZ MARTINEZ LAURA
VALENCIA DOBLAS MARIA ANGELES
MARTINEZ MILIAN JOSE ANGEL
MURILLO MARTIN ALBERTO
MARCOS MAYOR LAURA
MARIN SUBERO IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Abril de 2017 se creó el grupo de cirugía menor y se inició una revisión de bibliografía para la elaboración de un protocolo propio para el centro que detallara las actuaciones quirúrgicas que se iban a realizar, precisar la patología sugestiva de derivación y explicar el circuito asistencial y realizar una vía de derivación y recepción de solicitudes de intervención. Así mismo se detalló la documentación necesaria a reflejar en la historia clínica previa a la realización de la cirugía (descripción de la lesión y número, consentimiento informado firmado) . En dicho protocolo se detalló también el circuito de vuelta a la consulta de su equipo de atención primaria con la necesidad de una valoración a las 24-48 horas de la intervención para valorar las complicaciones y de existir notificarlas al equipo responsable de cirugía.

Así mismo se ha elaborado un cartel informativo para la consulta donde se realiza la cirugía para realizar una correcta limpieza y desinfección del material reutilizable usado durante la sesión quirúrgica.

Una vez realizado el protocolo se detalló un listado de material necesario para la realización de los actos quirúrgicos y tras la revisión del ya existente, se realizó solicitud a través del coordinador de enfermería del centro del material necesario para completar los equipos básicos.

En Junio de 2017 se realizaron varias sesiones de formación en primer lugar del equipo responsable de cirugía menor y posteriormente se extendió a todo el personal del centro sanitario que estuviera interesado en colaborar en la consulta de cirugía (tanto médicos como enfermeros)

En Septiembre de 2017 se presenta en sesión clínica el protocolo finalizado con la información de la patología que se va a intervenir, el circuito asistencial y otros detalles acerca del proceso realizado al equipo completo del centro de salud.

En Octubre de 2017 es creada la agenda de citas para iniciar la asistencia, así mismo en la sala donde se va a llevar la actividad se crea una base de datos donde poder reflejar la actividad realizada (detallando fecha y hora de la intervención, información del paciente y médico/enfermero responsable de la actividad, diagnóstico previo y resultados de anatomía patológica posterior). Debido a la falta de material en un inicio existen dificultades para llevar la actividad planificada al 100% por lo que se van realizando intervenciones aisladas a la espera de poder comenzar con la agenda completa cuando se disponga de material suficiente para asegurar la correcta asistencia.

En Enero 2018 aumenta el número de intervenciones realizadas y se va estableciendo entre los profesionales del centro la derivación de las patologías con posible intervención.

Febrero 2018 se evalúan los indicadores propuestos para la valoración asistencial que detallamos más adelante en el apartado de resultados alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100% de cumplimentación de consentimiento informado previo a cirugía --> obtenido de base de datos de actividad; (Nº de pacientes intervenidos con el CI cumplimentado / No de pacientes intervenidos) x100

30% de cumplimentación de hoja de valoración prequirúrgica --> obtenido de base de datos de actividad; (Nº de pacientes intervenidos con la hoja de valoración prequirúrgica correctamente cumplimentada / No de pacientes intervenidos) x 100

9% de complicaciones (por infección de la herida quirúrgica)--> obtendo de base de datos de actividad; (Nº de pacientes con algún tipo de complicación postquirúrgica/No total de pacientes intervenidos) x 100

Demora media desde la derivación hasta la realización de la cirugía de 3 semanas --> calculado mediante la revisión de hojas de derivación

Grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de 4,5/5. --> calculado por encuesta de satisfacción

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe una gran satisfacción tanto por parte de los profesionales que han sido instruidos y realizan una actividad nueva en su práctica clínica habitual con buenos resultados y posibilidad de continuar y profundizar en la formación; como por parte de los pacientes a los cuales se han realizado intervenciones que en consultas de atención especializada no se han realizado por sobre acumulo de trabajo y en muchos otros casos se ha realizado con mayor premura que si se hubiera realizado una derivación con buenos resultados.

Para esta nueva fase nos queda aún pendiente poder sistematizar de manera adecuada la agenda de la consulta, lo cual está preparado para hacer en el momento en el que exista una cantidad adecuada de material para poder

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1583

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

llevar a cabo todas las intervenciones planificadas.

Así mismo se ha estudiado la posibilidad de crear un nuevo espacio acondicionado tan sólo para esta actividad ya que en el momento actual se encuentra en una sala en la que se realizan otras actividades del centro.

Como recomendación acerca del proceso que hemos realizado es que para poder iniciar un proyecto de este calibre debe haber una buena planificación previa para asegurarse de poder contar con todo el personal necesario para llevarla a cabo y que la dotación material sea la adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1583 ===== ***

Nº de registro: 1583

Título
CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRERO - LA PAZ

Autores:
VALTUENA CAMACHO MARTA, GARCIA JULVEZ MARIA, SANZ MARTINEZ LAURA, VALENCIA DOBLAS MARIA ANGELES, MARTINEZ MILIAN JOSE ANGEL, MURILLO MARTIN ALBERTO, MARCOS MAYOR LAURA, MARIN SUBERO IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Cirugía Menor (CM) en Atención Primaria (AP) ha demostrado mejorar los tiempos de demora en Atención Especializada (AE) siendo además costo-efectiva y satisfactoria tanto para los pacientes como para el personal sanitario implicado. Esta actividad está incluida en el Real Decreto 63/1995 de Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y se encuentra dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Aragón.

Se ha planteado por tanto la creación de una consulta de cirugía menor, que al permitir abordar el tratamiento de lesiones por el equipo del centro de salud disminuiría el número de derivaciones al servicio de dermatología y cirugía general.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implantar un protocolo de cirugía menor en el Centro de Salud en el que se desarrolle el circuito de derivación desde la consulta hasta su resolución.
- Disminuir la carga asistencial y la lista de espera que estas patologías general en Atención Especializada.
- Formación del equipo de Atención Primaria en la realización de técnicas de cirugía menor.
- Acercar el servicio al usuario, evitando grandes desplazamientos y tiempos de espera que se darían en un servicio especializado.

Población diana: Pacientes del Centro de Salud Torrero - La Paz mayores de 18 años con lesiones tratables según la cartera de servicios de Atención Primaria.

MÉTODO
1.Creación del grupo de trabajo.
2.Revisión de la bibliografía y protocolos de otros centros.
3.Redacción de un protocolo de cirugía menor en el que se defina el circuito asistencial, la patología a tratar y el seguimiento posterior.
4.Información del proyecto al resto del equipo del Centro de Salud.
5.Elaboración de un listado con el material necesario, que debe estar disponible antes de comenzar la consulta de cirugía menor.
6.Realización de un cartel informativo sobre la limpieza y desinfección del material utilizado.
7.Creación de una base de datos en la que se registre la actividad realizada.
8.Formación del equipo de Atención primaria por un médico especialista en cirugía plástica y sesiones posteriores a cargo de los responsables del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1583

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

INDICADORES

Los datos se obtendrán de la base de datos donde se registre la actividad, la historia clínica y las encuestas de satisfacción.

Indicadores de proceso:

- Porcentaje de cumplimentación del consentimiento informado:

(Nº de pacientes intervenidos con el CI cumplimentado / Nº de pacientes intervenidos) x100.

- Porcentaje de cumplimentación de hoja de valoración prequirúrgica:

(Nº de pacientes intervenidos con la hoja de valoración prequirúrgica correctamente cumplimentada / Nº de pacientes intervenidos) x 100

Indicadores de resultado:

- Porcentaje aparición de complicaciones postquirúrgicas:

(Nº de pacientes con algún tipo de complicación postquirúrgica/Nº total de pacientes intervenidos) x 100.

- Demora desde la derivación del paciente hasta la intervención.

- Grado de satisfacción de los pacientes.

Se realizará encuesta a los pacientes durante la visita para revisión de herida quirúrgica o retirada de puntos en la que se valorará la satisfacción, el dolor y la aparición de complicaciones.

DURACIÓN

Abril 2017: Inicio del proyecto y creación del grupo de trabajo.

Abril, mayo y Junio 2017: Revisión de la bibliografía y protocolos de otros centros.

Mayo - Julio 2017: Redacción de un protocolo de cirugía menor en el que se defina el circuito asistencial, la patología a tratar y el seguimiento posterior.

Junio 2017: Elaboración de un listado con el material necesario, que debe estar disponible antes de comenzar la consulta de cirugía menor.

Junio 2017: Realización de un cartel informativo sobre la limpieza y desinfección del material utilizado.

Junio 2017: Creación de una base de datos en la que se registre la actividad realizada.

Junio - Septiembre 2017: Formación del equipo de Atención primaria por un médico especialista en cirugía plástica y sesiones posteriores a cargo de los responsables del proyecto.

Julio 2017: Información del proyecto al resto del equipo del Centro de Salud.

Mayo 2018: evaluación del proyecto para detectar oportunidades de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0459

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001

Fecha de entrada: 15/02/2018

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.
JAEN BAYARTE ESTEBAN
MARTINEZ LAVILLA MARIA JOSE
GAROS SIMAL BEGOÑA
RELANZON SANCHEZ GABRIEL MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La implantación y funcionamiento del sistema Gestión de Calidad supone la necesidad de mejorar continuamente, por lo tanto, el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE/ISO 9001, para ello se realizan las siguientes actividades:
Se presentan otros dos proyectos de calidad: " Mejora en la valoración oftalmologica infantil en AP", cuya responsable es Sara Beltran. " Implantación programa Apoyo a la lactancia materna" responsable Eva Jimenez.

Se constituye el grupo de atención comunitaria el 22 de junio, entre otras actividades se realizaron en el mes de diciembre dos visitas escolares al Centro de salud,
El Consejo de salud se reúne en cuatro sesiones: 22 de marzo; 31 de mayo; 21 septiembre; 13 diciembre

Durante este año se revisa el equipamiento del Centro, su correcta codificación. Seguimiento de incidencias (29 incidencias) y NC, (2 cerradas en 2017, NC-SA(P)E-VP16 006 Y 16 003, 3 abiertas 17 002,003,004) responsable José Antonio Galve.

Se realizan reuniones de Equipo: 15 de febrero, 26 abril, 22 junio, 29 de noviembre sobre el acuerdo de gestión, en estas reuniones se presentan los objetivos para el acuerdo de gestión 2017; Revisión por la dirección 18 abril Actualización del manual de acogida, 30 de junio . Plan de formación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre los resultados de la auditoria interna destacan:

Puntos fuertes;

Sistema de calidad muy implantado en la dinámica del equipo a pesar de los múltiples cambios de personal;

Revisiones periódicas de la documentación;

Como oportunidades de mejora

Control de material en unidad de apoyo de matrona, falta evidencias control caducidades en almacén y farmacia;

registro de las incidencias

El objetivo del proyecto asistencial era mantener la certificación ISO. Se han desarrollado las actividades mencionadas y el resultado ha sido alcanzado con satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Entre las dificultades encontradas destacan:

Falta de comunicación con el Hospital de la Defensa.

Falta de recursos humanos en un Centro de población creciente. Estas cuestiones están pendientes de resolverse.

A pesar de las dificultades encontradas hemos aprendido a cambiar la actividad asistencial diaria con las tareas propias del proyecto de calidad. Con la mejora que ello supone para la atención al usuario

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/459 ===== ***

Nº de registro: 0459

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0459

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001

GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, JAEN BAYARTE ESTEBAN, MARTINEZ LAVILLA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La implantación y funcionamiento del S. Gestión de Calidad supone la necesidad de mejorar continuamente por lo tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación ISO 9001,

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener la certificación ISO-9001.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad para la mejora continua.

Mejorar el Registro de OMI.

Formación adecuada a nuestras deficiencias en cuanto a los indicadores previstos en el contrato de gestión.

Mejorar la comunicación con especializada del H.Militar.

Responsables:

José Antonio Galve Gorriz

Esteban Jaen Bayarte

Maria Jose Martinez Lavilla

INDICADORES

La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la Dirección y Auditoria Externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: abril 2017.

Revisión por la Dirección: mayo 2017

Auditoria Externa: junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en las auditorias interna: abril-diciembre de 2017.

Externa: junio-diciembre de 2017.

Formación de los profesionales y sesiones del servicio en las fechas previstas.

Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados.

Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017; Diciembre 2017/enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1299

1. TÍTULO

MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE SARA BELTRAN GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ GARCIA DIANA
REMON GARIJO LEON
RAMIRO MILLAN PATRICIA
CEMELI CANO MERCEDES
JIMENEZ PEREZ EVA
VIDAL VILLANUEVA SUSANA
PUEYO ROYO NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesiones teórico-prácticas de 1 hora en el centro de salud:
Claves para una exploración ocular básica en pediatría 5 octubre 2017.
Alteraciones del segmento anterior y reflejo rojo. 19 octubre 2017
Enfermedades de la retina y nervio óptico. 19 octubre 2017
Estrabismos y ambliopía. 13 noviembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Hoja de Asistencia: firmaron la hoja de asistencia a la sesión 23/35 profesionales sanitarios el día 5 octubre; 20 el día 19 octubre y 14 el día 13 noviembre. La asistencia del personal que atiende niños fue la predominante a las sesiones.
2.- Encuesta satisfacción: Se paso una encuesta donde se valoraron del 1 (en desacuerdo) al 10 (acuerdo/satisfacción) los siguiente ítems: objetivos alcanzados, la exposición teórica, habilidades prácticas, la duración, la sala, los docentes, satisfacción general. Siendo valorados todos los ítems con una valoración numérica de 8 o mas puntos.
3.-Evaluación agudeza visual en consulta: En la revisiones del niño sano realizadas por enfermeras o pediatras según la edad del paciente, se hizo hincapié gracias a las sesiones formativas en la evaluación visual acorde a la edad: exploración ocular externa, reflejo rojo, test hisberg, cover test, test pigasouu y como novedad test de Lang.
El material necesario disponible en el centro era: linterna, oftalmoscopio, y test de agudeza visual. Como novedad se dotó al centro de las laminas del test de lang para estudiar la visión estereoscópica y se pasaron en la revisión de 3-4 años.
Se derivó al servicio de oftalmología pediátrica a los niños en los que se detectó un defecto o alteración visual, para diagnosticar y prevenir lo mas precozmente la ambliopía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cribado de las alteraciones visuales tiene una importancia especial en la infancia para detectar precozmente aquellos trastornos que distorsionan o suprimen la imagen visual normal y pueden causar problemas en el desarrollo de la visión.
La patología varia según la edad, así en el recién nacido y el lactante, el cribado busca la detección precoz de problemas oculares graves aunque infrecuentes, como la catarata congénita o el retinoblastoma. En la edad preescolar tiene como objetivo la detección de la ambliopía y determinados trastornos que suponen un factor de riesgo para desarrollarla. En la edad escolar, el cribado se basa en la detección de la disminución de la agudeza visual por errores de refracción.
Se recomienda el cribado de las alteraciones visuales a edades tempranas para mejorar el pronóstico visual. En el lactante inspección ocular, reflejo rojo (menores de 6meses), y test Hisberg. El cribado ambliopía se recomienda en niños 3-5 años, mediante test estereopsis,cover test ..y los errores de refracción entre los 6 y 14 año

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1299 ===== ***

Nº de registro: 1299

Título
MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1299

1. TÍTULO

MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BELTRAN GARCIA SARA, PEREZ GARCIA DIANA, REMON GARIJO LEON, RAMIRO MILLAN PATRICIA, CEMELI CANO MERCEDES, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, VIDAL VILLANUEVA SUSANA, PUEYO ROYO NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: mejorar la asistencia oftalmológica pediátrica

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El periodo de maduración visual comienza al nacimiento y finaliza aproximadamente a los 7 años. Cualquier alteración que interfiera en el buen desarrollo de la visión puede dejar como secuela una incapacidad de la misma si no se diagnostica y se trata a tiempo. Los primeros años de vida son un periodo crítico, por ello es importante detectar los defectos de refracción precozmente, ya que pueden conllevar un bajo rendimiento escolar y producir una ambliopía (ojo vago) irreversible, con disfunciones oculares importantes en la edad adulta. El pronóstico visual va a depender del defecto de refracción, del grado de anisometropía, del comienzo del tratamiento y del cumplimiento del paciente. Precozmente los resultados son mucho mejores, por ello en un centro de salud emergente en población pediátrica como es el C.S Valdespartera, actualmente con 7508 niños de 0-14 años, de ellos 4781 niños entre 0-6 años. Consideramos importante una adecuado cribado de la ambliopía, formando para ello al personal sanitario (enfermeras y pediatras) en la adecuada valoración oftalmológica a edades tempranas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la formación de los sanitarios de atención primaria para evaluar la agudeza visual pediátrica en las revisiones del niño sano.
- Detectar los problemas de refracción, y ambliopía lo mas precozmente posible.
- Población diana del proyecto, niños de 0-14 años, fundamentalmente entre los 0 y 6 años.

MÉTODO

Se realizara un programa de formación del personal del CS Valdespartera, durante la jornada laboral, con talleres teórico - prácticos. Los responsables de docencia serán oftalmólogos con formación específica en pediatría.

- Se realizara una hoja de registro de asistencia a las clases de formación.
- Encuesta de opinión para los participantes.
- Se evaluara adecuadamente la agudeza visual a los niños en las revisiones del programa del niño sano del centro de salud Valdespartera.
- Se derivara para ser evaluado por parte del servicio de oftalmología a los niños en los que se detecte un defecto visual, intentando detectar y evitar precozmente la ambliopía.

INDICADORES

- Numero de profesionales de la unidad que han realizado el programa de formación (hoja de asistencia)
- Satisfacción de los distintos profesionales que hayan participado a través de una encuesta
- Evaluación de la agudeza visual en revisión niño sano (programa OMI AP)

DURACIÓN

- Durante 2017 (septiembre- diciembre) se impartirán seminarios teórico prácticos al personal sanitario: un seminario al mes
- o 1.- Exploración al paciente pediátrico: oftalmológica adaptada atención primaria
- o 2.- Alteraciones del segmento anterior y reflejo rojo. Enfermedades de la retina y nervio óptico.
- o 3.- Estrabismos y ambliopía.
- o 4.- Urgencias oftalmológicas. Casos y criterios de derivación.
- Evaluación de los indicadores enero- abril 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1299

1. TÍTULO

MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE EVA JIMENEZ PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNARDOS LAZARO PAULA
VIDAL VILLANUEVA SUSANA
MARTIN-ALBO FRANCES VERONICA
MORELLA BAILO DIANA
BELTRAN GARCIA SARA
CEMELI CANO MERCEDES
OÑATE CALVO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.-Realización de sesión clínica en el Centro de Salud para poner en conocimiento el proyecto, así como indicar unas pautas básicas de LM: Realizado en Junio 2016
2.-Se han realizado las sesiones del Grupo de Apoyo a la lactancia todos los Miércoles de 12-12:30, de forma ininterrumpida hasta el momento actual.
3.- Captación de embarazadas en el último trimestre para recomendar su asistencia prenatal y postnatal al grupo de lactancia
4.-Se ha realizado la primera visita de Recién Nacido a las 24-48 horas tras el alta hospitalaria reforzando el establecimiento de la lactancia.
5.- Se han reforzado los beneficios de continuar con LM en exclusiva hasta los 6 meses y acompañada por otros alimentos hasta los 2 años, en cada una de las revisiones del programa de salud infantil.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- % de niños alimentados con LM al nacimiento:98%
2.- % de niños alimentados con LM a las 6 semanas de vida: 94%
3.- % de niños alimentados con LM a los 3 meses de vida.: 93%
4.-% de niños alimentados con LM a los 6 meses de vida:84%
5.- % de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida: pendiente de calcular cuando el proyecto cumpla un año.
6.- % de niños alimentados con LM con más de 12 meses de vida: pendiente de valorar en las próximas memorias.
7.- Grado de satisfacción de los usuarios: pendiente de recibir las respuestas a la encuesta de evaluación remitida a los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos hasta el momento actual son muy satisfactorios. Se han conseguido unas tasas de mantenimiento de la LM muy por encima de la media nacional. Según los datos publicados por el INE 2011-2012, las tasas de lactancia a las 6 semanas, 3 y 6 meses son 68%, 63% y 43% respectivamente. Muy inferior a las conseguidas en las madres que asisten a nuestro grupo de lactancia, que son: 94%, 93% y 84%. Incluso en las madres que no asisten al grupo, las tasas conseguidas son muy superiores a las nacionales (95%, 80% y 55%). Es por ello, que consideramos muy importante la implicación de todos los profesionales de la salud, en la promoción de la LM.

7. OBSERVACIONES.

Dado que el Proyecto tiene menos de un año de historia, nos ha sido imposible conocer todos los indicadores marcados al inicio. El proyecto tiene continuidad en los próximos años, por lo que estos resultados se incluirán en futuras memorias.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1323 ===== ***

Nº de registro: 1323

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Autores:
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, BERNARDOS LAZARO PAULA, BELTRAN GARCIA SARA, VIDAL VILLANUEVA SUSANA, CEMELI CANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

MERCEDES, MORELLA BAILO DIANA, OÑATE CALVO CARMEN, MEDRANO HOMBRO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Lactancia Materna (LM) es el patrón de oro en la alimentación del Recién Nacido y el niño pequeño. Es una de las actividades preventivas con mayor impacto en la salud, tanto del niño como de la madre. Además, es generadora de equidad en salud y protege el medio ambiente. Es por todo ello que en nuestro centro de salud vamos a realizar diferentes intervenciones encaminadas a aumentar la prevalencia de la lactancia, ofreciendo información a las familias y mejorando la autoconfianza de las mujeres para poder llevarla a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Aumentar el número de niños que se benefician de las propiedades de la leche materna.
- 2.-Reforzar la autoconfianza de las madres para llevar a cabo una lactancia materna exitosa.
- 3.-Mejorar los índices de satisfacción respecto a los servicios prestados tras el parto.

MÉTODO

- para poner en conocimiento el proyecto, así como indicar unas pautas básicas de LM.
- 2.-Creación de un grupo de apoyo a la LM, con reuniones semanales de 1.5 horas de duración:
 - Información teórica que permita a las familias una elección informada de como alimentar a sus Recién Nacidos.
 - Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia y sus posibles problemas (leche insuficiente, dolor al amamantar, sueño...).
 - Resolución de problemas y dudas planteadas por las familias.
 - Información práctica sobre técnicas de amamantamiento.
 - Información sobre el manejo y conservación de la leche materna.
 - 3.- Captación de embarazadas en el último trimestre para recomendar su asistencia prenatal y postnatal al grupo de lactancia
 - 4.-Realizar la primera visita de Recién Nacido a las 24-48 horas tras el alta hospitalaria para reforzar el establecimiento de la lactancia.
 - 5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM en exclusiva hasta los 6 meses y acompañada por otros alimentos hasta los 2 años, en cada una de las revisiones del programa de salud infantil, realizadas por pediatras y enfermeras de pediatría.
 - 6.-Encuesta para evaluar el grado de satisfacción de las familias.

INDICADORES

- 1.- % de niños alimentados con LM al nacimiento.
- 2.- % de niños alimentados con LM a las 6 semanas de vida.
- 3.- % de niños alimentados con LM a los 3 meses de vida.
- 4.-% de niños alimentados con LM a los 6 meses de vida.
- 5.- % de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida.
- 6.- % de niños alimentados con LM con más de 12 meses de vida.
- 7.- Grado de satisfacción de los usuarios.

DURACIÓN

- 1.- Sesión con el equipo de Atención Primaria: Junio 2017.
- 2.-Reuniones con el grupo de apoyo: todos los miércoles de 12-13:30.
- 3.- Captación de embarazadas en el último trimestre: De mayo a Diciembre 2017.
- 4.-Adelantar la primera visita del RN: De mayo a Diciembre 2017.
- 5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM: De mayo a Diciembre 2017.
- 6.- Encuesta de satisfacción: Noviembre a Diciembre 2017.
- 7.- Evaluación de resultados: Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DEVALDESPARTERA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE EVA JIMENEZ PEREZ
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERNARDOS LAZARO PAULA
HERRERO CIRUJEDA MARIA JOSE
MARTIN-ALBO FRANCES VERONICA
BELTRAN GARCIA SARA
CEMELI CANO MERCEDES
JAEN BAYARTE ESTEBAN
VALIENTE LOZANO JOSE VICTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de este segundo año de proyecto hemos dado continuidad a las actividades que dieron buenos resultados el año previo, especialmente al Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna (LM). En él nos hemos ido reuniendo de forma semanal, un pediatra y una matrona con un grupo de madres y padres con bebés en sus primeros meses de vida. En dichas reuniones se ofrecen charlas informativas sobre temas de interés entre los asistentes (técnicas de lactancia, introducción de alimentación complementaria, incorporación de la madre al trabajo, sueño del bebe, porteo ergonómico...), y se resuelven numerosas dudas e inquietudes planteadas por ellos, implementando de forma respetuosa y apoyada por la evidencia, la lactancia materna. Como el año previo, se ha dado una sesión informativa al Equipo de Atención Primaria del centro de salud. En la misma se expusieron los resultados del programa del año previo y se explicó el nuevo camino a seguir. Todo el Equipo de Atención Primaria de Valdespartera, trabaja por conseguir mejorar la atención a los recién nacidos y sus padres, favoreciendo el establecimiento de una lactancia materna exitosa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para valorar los resultados alcanzados, hemos llevado a cabo un estudio a través de una encuesta que han rellenado aleatoriamente algunos de los asistentes al grupo de apoyo a la lactancia. Se han obtenido 68 respuestas. Entre otros indicadores estudiados:

-% de niños alimentados con LM exclusiva o predominante al nacimiento: 90.3 %
-% de niños alimentados con LM exclusiva o predominante a las 6 semanas de vida: 94.4%
-% de niños alimentados con LM exclusiva o predominante a los 3 meses de vida: 98.6%
-% de niños alimentados con exclusiva o predominante a los 6 meses de vida: 90.4%.
-% de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida: 84%.

Además, se ha pasado entre los asistentes una encuesta de satisfacción valorándose diferentes ítems, obteniendo un 4 como valoración global. (Siendo 5 el máximo nivel de satisfacción). Se obtiene 5 en los apartados que valoran a los profesionales, a la resolución de dudas e inquietudes y a la necesidad de continuidad del grupo. Sin embargo se manifiesta necesidad de mejorar, en cuanto al espacio físico donde se realizan las reuniones, ya que a veces se queda pequeño para tanta demanda de asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como el año anterior los resultados obtenidos son muy satisfactorios. Los índices de lactancia materna obtenidos al mes y medio, a los 3, 6 meses y 12 meses son muy superiores a la media nacional. Además, los comentarios que han hecho llegar los asistentes a través de las encuestas de satisfacción, indican que consideran este proyecto como imprescindible para lograr una lactancia materna exitosa. Queda pendiente solventar el tema de como organizar las reuniones para evitar la masificación de asistentes en algunas ocasiones y así poder ofrecer una atención más personalizada y de mayor calidad.

7. OBSERVACIONES.

Quiero volver a incidir en las excelentes valoraciones y muestras de agradecimiento de las familias que han asistido al Grupo de Apoyo. Lo consideran de vital importancia para conseguir una lactancia materna exitosa, por lo que el proyecto, en nuestro caso va a continuar. Algo que sería deseable también para otros centros sanitarios en los que las familias no disponen de este recurso.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1323 ===== ***

Nº de registro: 1323

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, BERNARDOS LAZARO PAULA, BELTRAN GARCIA SARA, VIDAL VILLANUEVA SUSANA, CEMELI CANO MERCEDES, MORELIA BAILO DIANA, OÑATE CALVO CARMEN, MEDRANO HOMBRO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Lactancia Materna (LM) es el patrón de oro en la alimentación del Recién Nacido y el niño pequeño. Es una de las actividades preventivas con mayor impacto en la salud, tanto del niño como de la madre. Además, es generadora de equidad en salud y protege el medio ambiente. Es por todo ello que en nuestro centro de salud vamos a realizar diferentes intervenciones encaminadas a aumentar la prevalencia de la lactancia, ofreciendo información a las familias y mejorando la autoconfianza de las mujeres para poder llevarla a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Aumentar el número de niños que se benefician de las propiedades de la leche materna.
- 2.-Reforzar la autoconfianza de las madres para llevar a cabo una lactancia materna exitosa.
- 3.-Mejorar los índices de satisfacción respecto a los servicios prestados tras el parto.

MÉTODO

para poner en conocimiento el proyecto, así como indicar unas pautas básicas de LM.

2.-Creación de un grupo de apoyo a la LM, con reuniones semanales de 1.5 horas de duración:

- Información teórica que permita a las familias una elección informada de como alimentar a sus Recién Nacidos.
 - Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia y sus posibles problemas (leche insuficiente, dolor al amamantar, sueño...).
 - Resolución de problemas y dudas planteadas por las familias.
 - Información práctica sobre técnicas de amamantamiento.
 - Información sobre el manejo y conservación de la leche materna.
- 3.- Captación de embarazadas en el último trimestre para recomendar su asistencia prenatal y postnatal al grupo de lactancia
 - 4.-Realizar la primera visita de Recién Nacido a las 24-48 horas tras el alta hospitalaria para reforzar el establecimiento de la lactancia.
 - 5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM en exclusiva hasta los 6 meses y acompañada por otros alimentos hasta los 2 años, en cada una de las revisiones del programa de salud infantil, realizadas por pediatras y enfermeras de pediatría.
 - 6.-Encuesta para evaluar el grado de satisfacción de las familias.

INDICADORES

- 1.- % de niños alimentados con LM al nacimiento.
- 2.- % de niños alimentados con LM a las 6 semanas de vida.
- 3.- % de niños alimentados con LM a los 3 meses de vida.
- 4.-% de niños alimentados con LM a los 6 meses de vida.
- 5.- % de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida.
- 6.- % de niños alimentados con LM con más de 12 meses de vida.
- 7.- Grado de satisfacción de los usuarios.

DURACIÓN

- 1.- Sesión con el equipo de Atención Primaria: Junio 2017.
- 2.-Reuniones con el grupo de apoyo: todos los miércoles de 12-13:30.
- 3.- Captación de embarazadas en el último trimestre: De mayo a Diciembre 2017.
- 4.-Adelantar la primera visita del RN: De mayo a Diciembre 2017.
- 5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM: De mayo a Diciembre 2017.
- 6.- Encuesta de satisfacción: Noviembre a Diciembre 2017.
- 7.- Evaluación de resultados: Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE CANAL IMPERIAL VENECIA 2017

Fecha de entrada: 02/03/2018

2. RESPONSABLE JORGE ISLA COBETA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VENECIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURILLO MATEO RAQUEL
ELENA VERDURAS MARIA
DUEÑAS GIL EVA
NUÑEZ ALONSO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron reuniones de equipo para enfatizar el uso del protocolo de atención continuada, se recordó la necesidad de rotular adecuadamente y desechar tras la fecha los envases multidosis, se respondió en tiempo y forma a todas las reclamaciones registradas, mediante el cauce oficial y se realizaron todas las sesiones clínicas programadas cumpliendo el calendario y el contrato programa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todo esto que registrado en la Auditoría Interna que se pasó en octubre de 2017, donde quedaron patentes las correcciones de las no conformidades de la auditoria anterior, no apareciendo este año desviaciones que generen no conformidades a corregir, si ciertas recomendaciones de organización y gestión, que se intentaran llevar a cabo a lo largo de 2018, tales como mejorar las revisiones de electromedicina, mejorar el numero y seguimiento de incidencias, actividades dirigidas a mejorar la gestión de agendas, así como la creación de un grupo de calidad en el centro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con estos datos podemos decir, que se ha cumplido el calendario propuesto, pese a que la auditoria fue en fecha posterior a la prevista, por causas ajenas al centro, que no se apreciaron faltas ni no conformidades, siendo bien recibidas las recomendaciones propuestas en la misma, y que se plantearan en la próxima reunión de equipo para la integración y cumplimiento de todos los miembros de este, en especial la creación de un grupo de calidad con mayor numero de participantes, así como revisar la distribución horaria de las agendas en base a las nuevas demandas generadas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1409 ===== ***

Nº de registro: 1409

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE VENECIA 2017

Autores:
ISLA COBETA JORGE, BURILLO MATEO RAQUEL, VERDURAS SANCHEZ ELENA, DUEÑAS GIL EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no actuaremos sobre patologias sino sobre procesos
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro equipo de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE CANAL IMPERIAL VENECIA 2017

Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de Venecia del sector Zaragoza II se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2017
Nuestro planteamiento es mantener la certificación.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es avanzar en la implicación de todos los miembros del equipo y mantener la certificación ISO 9001 en el próximo año.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del sistema de Gestión de la Calidad como son los informes de auditoría, resultados del seguimiento de objetivos, de indicadores, el análisis de incidencias, reclamaciones y estudio de las no conformidades para la mejora continua.

INDICADORES

Mejorar del cumplimiento de los servicios, mejorando el registro de actividades.
Mejorar de la utilización del protocolo de atención continuada.
Actualización de las normas en utilización de envases multidosis.
Atender a las demandas según reclamaciones y encuesta de satisfacción.
Impulsar sesiones clínicas impartidas por los profesionales del equipo.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

-Revisión por la dirección abril 2017
-Auditoría interna mayo 2017
-Auditoría externa en junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de las no conformidades abiertas en la auditoría interna de abril a diciembre de 2017
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. junio y diciembre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. junio y diciembre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA DIANAZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Fecha de entrada: 25/05/2018

2. RESPONSABLE JORGE ISLA COBETA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VENECIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA RUIZ DIANA
NUÑEZ ALONSO ESTHER
BERNAL HERNANDO MATILDE
LOZANO JOSA SUSANA
GONZALO PEÑA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hasta la fecha de esta memoria parcial de seguimiento, se han realizado las siguientes actividades con el siguiente cronograma:

-Mayo 2017: coordinación del grupo de trabajo del centro de salud, para evaluar lo realizado en 2016 y continuar con proyecto en mayo/junio del 2017 y adaptación del proyecto dentro del AGC a la línea estratégica de atención comunitaria, preparación documentación proyecto

-Mayo/Junio 2017 Reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives

-Junio 2017 participación en la formación del SALUD de la línea de Atención Comunitaria de todos los miembros (5 personas) del equipo en el Curso de como iniciar una actividad comunitaria.

-septiembre y octubre 2017 Actividades de revisión, diseño y preparación actividades y reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives

-noviembre 2017 Sesión al EAP sobre atención comunitaria y el marco de nuestro proyecto en los AGC y línea comunitaria

-noviembre 2017 Participación de un miembro del equipo en formación sobre evaluación

-enero 2018 reunión del equipo del proyecto y la trabajadora social del centro de salud con agentes sociales de la Zona Básica para realizar un grupo focal (salud-educación) para el diagnóstico comunitario de acciones en infancia

-enero 2018 elaboración memoria seguimiento

El cronograma de las actividades previstas del proyecto ha debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la fecha de esta memoria no tenemos resultados finales del proyecto ya que no ha sido finalizado. Parcialmente podemos decir que si se ha mejorado la coordinación del equipo de trabajo y el conocimiento del proyecto por parte del resto del EAP. También se ha mejorado la formación de todos los miembros del equipo de trabajo en distintos aspectos de atención comunitaria y se ha difundido a todo el EAP el marco del proyecto y el proyecto en si mismo. El cronograma de las actividades previstas del proyecto han debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017. Tres personas del equipo de salud han terminado su relación laboral y una de las personas del equipo del proyecto ha tenido que asumir la coordinación de enfermería del centro. Por ello las actividades en los imposible organizar reuniones de coordinación con los otros colegios interesados. Los colegios han adaptado sus proyectos al cambio sin ningún problema. En este primer trimestre se está reorganizando el equipo de trabajo y se han añadido varias personas nuevas al mismo: María Dupla (Pediatria) y Belén Benedé (Medicina de Familia). No se han podido realizar las actividades de evaluación del proyecto y se está preparando la evaluación. Las de difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras se llevarán a cabo cuando se realicen las actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La situación acaecida nos refuerza nuestra idea de que es importante prever en los proyectos que las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los participantes. Esto ha hecho que la participación no se resienta y que el proyecto sea sostenible. En este caso con tres miembros del equipo de trabajo cesados y con uno de los restantes asumiendo la coordinación de enfermería del centro ha sido un momento de crisis importante que ha de ser tenido en cuenta y que se ha solventado por la gran comunicación que existe en el centro de salud y la buena disposición. Se procura realizar todo en horario laboral para disminuir el grado de voluntarismo ya que es un proyecto ligado al acuerdo de gestión y un servicio del centro de salud. El poder acceder a los miembros del equipo a formación en salud comunitaria y promoción de la salud se valora como muy importante y positivo para el equipo y el proyecto.

Que del proyecto surjan espacios como el grupo focal diagnóstico en infancia es muy interesante y novedoso en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

nuestro equipo y se considera como relevante.

En este semestre se terminarán las actividades postpuestas y se iniciará la coordinación del siguiente curso escolar.

7. OBSERVACIONES.

Se cambió al responsable del proyecto por los traslados

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1412 ===== ***

Nº de registro: 1412

Título
JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Autores:
GRACIA RUIZ DIANA, NUÑEZ ALONSO ESTHER, BERNAL HERNANDO MATILDE, LOZANO JOSA SUSANA, GONZALO PEÑA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud, salud escolar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Marzo de 2015 la dirección del CEIP Luis Vives se pone en contacto con la responsable de Enfermería del CS para informar de la inclusión del colegio en un programa de escuela promotora de salud del Gobierno de Aragón y valorar la coordinación con el Centro de Salud en materia de Educación Sanitaria. El equipo de Enfermería se reúne para evaluar la situación y decide planificar un programa de actividades. Se estudian los déficits de la población diana conjuntamente con la dirección del colegio y se priorizan la higiene bucodental y la alimentación saludable. En 2016 se amplía otros colegios de la zona como el colegio Rincón de Goya Como continuidad del proyecto durante el año 2016 se extiende la actuación al CEEP Rincón de Goya (educación especial) a demanda de dicho centro. Se priorizan la higiene y la alimentación. Dado los resultados positivos obtenidos desde 2015 se decide continuar con el mismo y ampliarlo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar educación sanitaria grupal mediante el uso de recursos lúdicos.
- Refuerzar la alfabetización en salud sobre materias ya incluidas en curriculum escolar.
- Mejorar coordinación entre el centros escolares y centro de salud.
- Acercar a la población infantil de los profesionales sanitarios para "perder el miedo" de ir al Centro de Salud
- Mejora de los resultados en salud en los temas priorizados

MÉTODO

- Actividades de coordinación del grupo de trabajo, para evaluar lo realizado desde 2015 y continuar con proyecto (mayo-junio 2017).
- Actividades de coordinación con centros educativo (mayo, junio y septiembre 2017) participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica.
- Actividades de diseño y preparación actividades (junio, julio, agosto y septiembre 2017)
- Actividades para su realización durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre 2017 en los colegios (mínimo tres sesiones). Las actividades serán participativas utilizando la ludopedagogía y los recursos del juego en salud utilizando soportes de lectura, teatro y visuales. Se facilita la creatividad y el aprendizaje colaborativo a través del juego.

* Teatro guiñol sobre higiene bucodental en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 5 años.

*Teatro de guiñol sobre alimentación saludable en CEIP Luis Vives para niños de edades comprendidas entre 6 y 7 años.

* Teatros guiñol sobre higiene bucodental y alimentación saludable en CEEP Rincón de Goya para niños de edades entre 3 y 21 años
20 Mayo 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA DIANAZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

* Teatro de guiñol sobre piojos y medidas preventivas en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 7 años.
-Actividades de evaluación del proyecto: preparación de la evaluación participativa y evaluación de resultados (septiembre-diciembre)
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud (sesiones septiembre-diciembre), Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras
Las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los partipantes

INDICADORES

Se realizara evaluación de las actividades a través del profesorado del centro.
Tras cada actividad se realizarán encuestas personalizadas al personal docente sobre las mismas en cuanto a participación, alfabetización en salud, medios y recursos, claridad de los conceptos a asimilar y nuevos proyectos a desarrollar
A final del proyecto se evaluará con los docentes la consecución de los objetivos, las oportunidades de mejora, la coordinación colegio-CS y la posibilidad de nuevos proyectos

DURACIÓN

Inicio Mayo 2017- fin Diciembre 2017

-Actividades de coordinación del grupo de trabajo (coordinadora y miembros grupo)
-Actividades de coordinación con centros educativos participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica (coordinadora proyecto y un miembro equipo del CS y personal docente de los colegios)
-Actividades de diseño y preparación actividades (todo el equipo y personal docente de los colegios)
-Actividades para su realización en los colegios (todo el equipo y personal docente de los colegios). Sesiones de una hora de duración
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud, Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras (todo el equipo)
-Actividades de evaluación (todo el equipo y el personal docente del centro educativo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ESTHER NUÑEZ ALONSO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VENECIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL HERNANDO MATILDE
DUPLA ARENAZ MARIA
GUARDIA VALENZUELA MIRIAM
ROY GOMEZ MIRIAM
BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hasta la fecha de esta memoria parcial de seguimiento, se han realizado las siguientes actividades con el siguiente cronograma:

- Mayo 2017: coordinación del grupo de trabajo del centro de salud, para evaluar lo realizado en 2016 y continuar con proyecto en mayo/junio del 2017 y adaptación del proyecto dentro del AGC a la línea estratégica de atención comunitaria, preparación documentación proyecto
- Mayo/Junio 2017 Reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives
- Junio 2017 participación en la formación del SALUD de la línea de Atención Comunitaria de todos los miembros (5 personas) del equipo en el Curso de como iniciar una actividad comunitaria.
- septiembre y octubre 2017 Actividades de revisión, diseño y preparación actividades y reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives
- noviembre 2017 Sesión al EAP sobre atención comunitaria y el marco de nuestro proyecto en los AGC y línea comunitaria
- noviembre 2017 Participación de un miembro del equipo en formación sobre evaluación

- enero 2018 reunión del equipo del proyecto y la trabajadora social del centro de salud con agentes sociales de la Zona Básica para realizar un grupo focal (salud-educación) para el diagnóstico comunitario de acciones en infancia
- enero 2018 elaboración memoria seguimiento

El cronograma de las actividades previstas del proyecto ha debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017.

La previsión de las actividades descritas en el proyecto en los colegios se iniciará en febrero, marzo y abril. Se prevee la evaluación del proyecto en mayo y Junio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la fecha de esta memoria no tenemos resultados finales del proyecto ya que no ha sido finalizado. Parcialmente podemos decir que si se ha mejorado la coordinación del equipo de trabajo y el conocimiento del proyecto por parte del resto del EAP. También se ha mejorado la formación de todos los miembros del equipo de trabajo en distintos aspectos de atención comunitaria y se ha difundido a todo el EAP el marco del proyecto y el proyecto en si mismo. El cronograma de las actividades previstas del proyecto han debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017. Tres personas del equipo de salud han terminado su relación laboral y una de las personas del equipo del proyecto ha tenido que asumir la coordinación de enfermería del centro. Por ello las actividades en los imposible organizar reuniones de coordinación con los otros colegios interesados. Los colegios han adaptado sus proyectos al cambio sin ningún problema. En este primer trimestre se está reorganizando el equipo de trabajo y se han añadido varias personas nuevas al mismo. se está preparando la evaluación. Las de difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras se llevarán a cabo cuando se realicen las actividades

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La situación acaecida nos refuerza nuestra idea de que es importante prever en los proyectos que las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los participantes. Esto ha hecho que la participación no se resienta y que el proyecto sea sostenible. En este caso con tres miembros del equipo de trabajo cesados y con uno de los restantes asumiendo la coordinación de enfermería del centro ha sido un momento de crisis importante que ha de ser tenido en cuenta y que se ha solventado por la gran comunicación que existe en el centro de salud y la buena disposición. Se procura realizar todo en horario laboral para disminuir el grado de voluntarismo ya que es un proyecto ligado al acuerdo de gestión y un servicio del centro de salud. El poder acceder a los miembros del equipo a formación en salud comunitaria y promoción de la salud se valora como muy importante y positivo para el equipo y el proyecto.

Que del proyecto surjan espacios como el grupo focal diagnóstico en infancia es muy interesante y novedoso en nuestro equipo y se considera como relevante.

En este semestre se terminarán las actividades postpuestas y se iniciará la coordinación del siguiente curso escolar.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1412 ===== ***

Nº de registro: 1412

Título
JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Autores:
GRACIA RUIZ DIANA, NUÑEZ ALONSO ESTHER, BERNAL HERNANDO MATILDE, LOZANO JOSA SUSANA, GONZALO PEÑA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud, salud escolar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En Marzo de 2015 la dirección del CEIP Luis Vives se pone en contacto con la responsable de Enfermería del CS para informar de la inclusión del colegio en un programa de escuela promotora de salud del Gobierno de Aragón y valorar la coordinación con el Centro de Salud en materia de Educación Sanitaria. El equipo de Enfermería se reúne para evaluar la situación y decide planificar un programa de actividades. Se estudian los déficits de la población diana conjuntamente con la dirección del colegio y se priorizan la higiene bucodental y la alimentación saludable. En 2016 se amplía otros colegios de la zona como el colegio Rincon de Goya Como continuidad del proyecto durante el año 2016 se extiende la actuación al CEEP Rincón de Goya (educación especial) a demanda de dicho centro. Se priorizan la higiene y la alimentación. Dado los resultado positivos obtenidos desde 2015 se decide continuar con el mismo y ampliarlo.

RESULTADOS ESPERADOS
-Realizar educación sanitaria grupal mediante el uso de recursos lúdicos.
-Refuerzar la alfabetización en salud sobre materias ya incluidas en curriculum escolar.
-Mejorar coordinación entre el centros escolares y centro de salud.
-Acercar a la población infantil de los profesionales sanitarios para "perder el miedo" de ir al Centro de Salud
-Mejora de los resultados en salud en los temas priorizados

MÉTODO
-Actividades de coordinación del grupo de trabajo, para evaluar lo realizado desde 2015 y continuar con proyecto (mayo-junio 2017). -Actividades de coordinación con centros educativo (mayo, junio y septiembre 2017) participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica.
-Actividades de diseño y preparación actividades (junio, julio, agosto y septiembre 2017)
-Actividades para su realización durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre 2017 en los colegios (mínimo tres sesiones). Las actividades serán participativas utilizando la ludopedagogía y los recursos del juego en salud utilizando soportes de lectura, teatro y visuales. Se facilita la creatividad y el aprendizaje colaborativo a través del juego.

* Teatro guiñol sobre higiene bucodental en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 5 años.
* Teatro de guiñol sobre alimentación saludable en CEIP Luis Vives para niños de edades comprendidas entre 6 y 7 años.
* Teatros guiñol sobre higiene bucodental y alimentación saludable en CEEP Rincón de Goya para niños de edades entre 3 y 21 años
20 Mayo 2016.
* Teatro de guiñol sobre piojos y medidas preventivas en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 7 años.
-Actividades de evaluación del proyecto: preparación de la evaluación participativa y evaluación de resultados (septiembre-diciembre)
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud (sesiones septiembre-diciembre), Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras
Las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los partipantes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

INDICADORES

Se realizara evaluación de las actividades a través del profesorado del centro.

Tras cada actividad se realizarán encuestas personalizadas al personal docente sobre las mismas en cuanto a participación, alfabetización en salud, medios y recursos, claridad de los conceptos a asimilar y nuevos proyectos a desarrollar

A final del proyecto se evaluará con los docentes la consecución de los objetivos, las oportunidades de mejora, la coordinación colegio-CS y la posibilidad de nuevos proyectos

DURACIÓN

Inicio Mayo 2017- fin Diciembre 2017

-Actividades de coordinación del grupo de trabajo (coordinadora y miembros grupo)

-Actividades de coordinación con centros educativos participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica (coordinadora proyecto y un miembro equipo del CS y personal docente de los colegios)

-Actividades de diseño y preparación actividades (todo el equipo y personal docente de los colegios)

-Actividades para su realización en los colegios (todo el equipo y personal docente de los colegios). Sesiones de una hora de duración

-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud, Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras (todo el equipo)

-Actividades de evaluación (todo el equipo y el personal docente del centro educativo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 02/03/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL BURILLO MATEO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VENEZIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ PEÑA JORGE
MARTINEZ PEREZ JULIA PILAR
ISLA COBETA JORGE
DUEÑAS GIL EVA
VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ha fecha de 30 de Noviembre de 2017, se ha realizado dos ciclos de 5 sesiones, con mismos temas, en total 10 sesiones, los temas de las sesiones fueron:

1. Lactancia materna, anatomía, fisiología, posiciones y problemas mas habituales
2. Extracción y conservación de la leche materna. Banco de leche. Alimentación y farmacos durante la lactancia
3. Duración recomendada de la lactancia
4. Actuación ante patologías agudas: fiebre, atragantamiento, trastornos gastrointestinales.
5. Uso del Chupete y/o biberon. Alimentación Complementaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con los siguientes resultados:

1. En las primeras 5 sesiones del ciclo se registró una asistencia de 10,8 personas de media a cada sesión, con una nota media de valoración de 9,37 sobre 10
2. En las segundas 5 sesiones del ciclo, donde se repitieron los temas tratados, se registro una asistencia media de 3,4 personas, obteniendo una cifra media de valoración de 9,84 sobre 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con estos datos podemos decir, que a mitad de duración del proyecto se realizaron todas las sesiones previas para ese periodo de tiempo, al realizar una sesion semanal, por lo que se cumple el primer indicador. Así como se obtuvo una buena valoración de las mismas por lo que se cumple el segundo indicador. Si bien, la afluencia al segundo ciclo de sesiones fue mas baja de lo esperado, y pese a que no es un indicador marcado a seguir en este proyecto si nos lleva a plantear nuevos objetivos de cara a la continuidad del proyecto, buscando nuevos temas y no repitiendo, así como se nos plantea la posibilidad de contactar con otros sectores, asociaciones... con objetivos afines a fin de captar mas personas interesadas y enriquecer los temas a tratar desde otras perspectivas e inquietudes. También se plantea la posibilidad de entregar información escrita en diferentes idiomas, al acudir madres de diferentes nacionalidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1486 ===== ***

Nº de registro: 1486

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
GONZALO PEÑA JORGE, MARIN JIMENEZ JULIA P, PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA, DUPLA ARENAZ MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENEZIA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madre de niños entre 0-2años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternas.

Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.

Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales

Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.

Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales.

MÉTODO

1. Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona, Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.

2. Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12'00 a 13'00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de "Canal Imperial". Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).

3. El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.

4. Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES

Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.

Indicador 2: Utilidad: Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1.

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Mayo/2017

Fin del proyecto: Mayo/2018

Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.

2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.

Evaluación final en Mayo/18.

Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES

El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1545

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA MILAGROS DE RODRIGO GARCIA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABRIL ZAERA MARIA PILAR
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE
MORO LARA JAVIER
PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reunión explicativa con los responsables de admisión de los equipos de AP.: 19/10/2017
-Difusión a los profesionales de los Centros de Salud de nuestro sector sanitario la información relativa a los requisitos que son necesarios para poder solicitar el acceso a la documentación clínica. A partir del 23/10/2017 los responsables de admisión de los Centros de Salud informan al resto de compañeros del Equipo.

-Envío de los formularios de acceso a la documentación sanitaria, para la cumplimentación de los intere en los Centros de Salud, el mismo día 23/10/2017 se envían por correo electrónico los formularios diseñados y consensuados a los responsables de admisión en formato pdf y open office. En el reverso del formulario se incluyen los requisitos para ejercitar el derecho de acceso a la documentación clínica por parte de los usuarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1) % Centros de Salud a los que se ha enviado información y documentación sobre la solicitud de acceso a documentación clínica

Centros de salud a los que se ha enviado información y documentación

-----x 100
Total de centros de salud del sector II de Zaragoza

Objetivo 75%

RESULTADO OBTENIDO: 100 %

2) % de solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario

Solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario

Total de solicitudes tramitadas

Objetivo 60%

RESULTADO OBTENIDO: 70 %

La implementación en los Centros de Salud se ha realizado en el último trimestre del 2017, por lo que que hay Centros de Salud que han alcanzado el 100 % del objetivo y otros que no ha sido posible medir este objetivo por no haber solicitudes.

3) % de tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado

Tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado

Total de tramitaciones desde los centros de salud

Objetivo: 60%

RESULTADO ALCANZADO 100 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es fundamental mejorar la accesibilidad de los usuarios para estos trámites evitando desplazamientos innecesarios, sobre todo en el ámbito rural.

Se ha consensuado un único formulario de solicitud de datos de acceso a la historia clínica que incluye requisitos específicos en Atención Primaria y facilitar a nuestros profesiones los datos para tramitar las solicitudes.

Se ha facilitado a los profesionales de admisión de los Centros de Salud del Sector Zaragoza II la normativa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1545

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

aplicable para cada solicitud, así como los requisitos necesarios para el ejercicio de los derechos ARCO, de manera sencilla, concreta y precisa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1545 ===== ***

Nº de registro: 1545

Título
MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

Autores:
DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS, MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE, MORO LARA JAVIER, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL, PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Agilizar trámites administrativos y facilitar conocimiento de la normativa aplicable para ejercitar derechos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años se ha producido un aumento en la demanda de los accesos de la documentación clínica de los Centros de Salud. Al ser datos personales y relativos a la salud de los pacientes son confidenciales y están sujetos a un régimen de protección regulado en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Estos derechos son personalísimos y son ejercidos por el propio afectado para solicitar copia de su historial (para aportar a los seguros médicos ó temas legales), solicitudes de acceso a la historia de menores (en procesos de divorcio) y solicitudes de acceso de pacientes fallecidos (seguros de vida). Cada una de estas tres solicitudes precisa aportar una documentación específica. En la actualidad la información, los trámites y la entrega de la historia clínica se realizan en la Unidad de Clientes de Atención Primaria de Sector II Zaragoza. Por otro lado, también existen situaciones en las que hay que rectificar un episodio de la historia electrónica por ser erróneo, ó que el interesado pueda ejercer su derecho a la oposición ó cancelación de un dato de su historial.

En definitiva, se trata de hacer efectivo los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (derechos ARCO) de los usuarios de los Centros de Salud del Sector II de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

El objetivo principal de nuestro proyecto es establecer un procedimiento que sea ágil y operativo para tramitar las solicitudes, tanto para los usuarios como para los profesionales de los Centro de Salud, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos ARCO.

Una manera de facilitar la accesibilidad a los usuarios que deseen ejercitar sus derechos, es entregarles las solicitudes e informar de los documentos que tienen que aportar en los Centros de Salud, evitando desplazamientos del usuario a la Unidad de Clientes simplemente para cumplimentar la solicitud. Posteriormente, la entrega de la documentación sí que se realiza en esta unidad ya que es necesario tener constancia de la misma en el registro (en los Centros de Salud no hay registro)

Objetivos secundarios:

-Facilitar a los profesionales de admisión de los Centros de Salud del Sector Zaragoza II la normativa aplicable para cada solicitud, así como los requisitos necesarios para el ejercicio de los derechos ARCO, de manera sencilla, concreta y precisa.
-Facilitar a los profesionales de admisión de los Centros de Salud del Sector Zaragoza II un modelo de solicitud normalizado y adaptado a las características de Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1545

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

MÉTODO

- Reunión inicial explicativa con los responsables de admisión de los equipos de AP.
- Difundir a los Centros de Salud de nuestro sector sanitario la información relativa a los requisitos que son necesarios para poder solicitar el acceso a la documentación clínica.
- Facilitar de una forma clara y precisa a los profesionales del Servicio de Admisión de los centros de salud los formularios de acceso a la documentación sanitaria a los que acompañará la documentación que tiene que aportar el usuario.

INDICADORES

Indicador:

1) % Centros de Salud a los que se ha enviado información y documentación sobre la solicitud de acceso a documentación clínica

Centros de salud a los que se ha enviado información y documentación

-----x 100

Total de centros de salud del sector II de Zaragoza

Objetivo 75%

2) % de solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario

Solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario

Total de solicitudes tramitadas

Objetivo 60%

3) % de tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado

Tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado

Total de tramitaciones desde los centros de salud

Objetivo: 60%

DURACIÓN

1 año, evaluación semestral y final al año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1598

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DE ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MUÑOZ ESCOBAR
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORO LARA JAVIER
DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION
ABRIL ZAERA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1 Desde el Departamento de Clientes de Atención Primaria, Sector Zaragoza II, hemos puesto en marcha un procedimiento operativo para el buen control y efectividad en la Gestión de Identidades en Atención Primaria. Se ha planteado a los Coordinadores Médicos, Responsables de Enfermería y Responsables de Admisión de los 21 Centros de Salud de nuestro Sector, la necesidad de utilizar el correo electrónico para hacer constar e informarnos adecuadamente de las altas y bajas de los trabajadores que de manera eventual o fija, necesitarán los accesos a las aplicaciones informáticas de nuestro Sector.

Deberán detallar en el correo, los datos personales de cada nuevo profesional:

- Nombre y Apellidos
- DNI
- Categoría Profesional
- Centro de Salud en el que va a trabajar
- Vigencia del acceso, en función del tiempo de trabajo
- Necesidad de acceso VPN, si corresponde a un Centro de Salud Rural.

2 Elaboración de un procedimiento operativo de la Gestión de identidades en AP, incluyendo en el desarrollo el proceso y el flujograma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado un flujograma del circuito de Gestión de Identidades y como respuesta a éste proyecto, hemos podido hacer una primera evaluación, obteniendo un resultado del número de solicitudes correctamente informadas del 95%, esto nos ha permitido crear un registro de altas y bajas de todos los trabajadores que nos solicitan los accesos en la Gestión de Identidades de nuestro Sector.
La duración del proyecto es anual, revisable al semestre.
No es necesario ningún recurso, tan sólo el correo electrónico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo está formado por todos los miembros del Departamento de Clientes y colaboradores del proyecto, por lo que no ha sido necesario informar sobre el mismo. La totalidad del equipo considera muy buena, la elaboración del proyecto con unos resultados muy favorables para conseguir nuestros objetivos, que son los de ofrecer a nuestros trabajadores una gran efectividad y rapidez a la hora de obtener los accesos para el desempeño de sus tareas. Hemos aprendido, que será necesario mantener un recordatorio trimestral a través del correo electrónico, a todos los responsables de cada Equipo y así, poder mantener el circuito correcto en la Gestión de Identidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1598 ===== ***

Nº de registro: 1598

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE, MORO LARA JAVIER, DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS, LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL, PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION, ABRIL ZAERA MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1598

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DE ZARAGOZA II

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Clientes de Atención Primaria gestiona los accesos a las aplicaciones informáticas de los trabajadores de los centros de salud y se habilitan roles de trabajo para el personal en función de su categoría profesional y equipo de atención primaria, tanto de nueva incorporación como cuando hay movimientos internos entre el personal del SALUD e incluso de otros Departamentos del Gobierno de Aragón. La comunicación de altas, se produce casi siempre por teléfono, con la consiguiente falta de seguridad, ya que se está habilitando a un usuario el acceso a información sensible, protegida por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

RESULTADOS ESPERADOS

El servicio de clientes es el referente en la gestión de identidades y quien resuelve o gestiona cualquier problema de permisos de acceso a las aplicaciones informáticas de los trabajadores de atención primaria del sector II
Con este proyecto se pretende habilitar un circuito común para todos los centros de nuestro sector por el que el responsable (coordinador médico, enfermería, admisión) solicite por correo electrónico al servicio de clientes las altas, para evitar deficiencias de seguridad y que los roles estén adjudicados con antelación al inicio de la actividad en cada centro y, de la misma manera, cuando cause baja en el centro de trabajo se le deshabilite al trabajador los roles asignados. Así, tendremos un buen control sobre los accesos a la información para aquellas personas que no se encuentren en activo.
Que los trabajadores tengan los accesos pertinentes a las aplicaciones informáticas en su centro de salud desde el primer día de trabajo.

MÉTODO

Elaborar un flujograma del circuito de solicitudes de acceso y un registro de solicitudes interno del servicio. Se enviará a cada uno de los responsables de los centros un correo electrónico recordándoles la necesidad de información sobre incorporaciones, sobre todo en época de mayor afluencia de sustitutos, información que debe contener identificación, DNI, categoría profesional y un teléfono de contacto del usuario a incorporar por correo electrónico. En casos urgentes la comunicación se hará por parte del responsable por vía telefónica. Desde el servicio se accede como administrador al Directorio Electrónico Único (DEU) del Servicio Aragonés de Salud, se da el alta o se modifica la situación del usuario y desde el aplicativo "Identity Manager" (IDM) se habilitan los roles de trabajo y se restringen los de otros sectores sanitarios si procede, además de poder modificar y resetear la contraseña de acceso que será la misma para todas las aplicaciones que se le asignen según la categoría profesional. Seguidamente y sólo para todo el personal sanitario, a través la INTRANET del Sector, habilitaremos el acceso a las historias clínicas de los pacientes.

INDICADORES

Elaboración del flujograma del circuito de gestión de identidades. SI/NO
Elaboración del registro de solicitudes del Servicio de Clientes. SI/NO
Nº de solicitudes correctamente informadas a través del correo electrónico/Nº total de altas >60%

DURACIÓN

Un año, revisión semestral

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0220

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE EVA TOBAJAS SEÑOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUÑER ABADIA SILVIA
GONZALO LOZANO MARIA FLORENCIA
ARRIETA HIGUERAS ELENA
BRUN SOTERAS CARMEN
MOZOTA RUBIO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el Proyecto de Mejora de la Calidad Asistencial de Abordaje de las Heridas Agudas y Crónicas en el Sector II se incluyeron 9 EAP. Finalmente de los 9 EAP seleccionados en el Sector sólo se ha podido realizar en dos de ellos: Campo de Belchite y Fernando el Católico.

Existen razones justificadas para que en los 7 equipos restantes no se realizase:

- En previsión del Concurso de Traslados de Enfermería en el mes de mayo, se decidió aplazar la formación de este proyecto hasta la incorporación de las enfermeras tras la Resolución de dicho Concurso. Dicha Resolución no fue efectiva hasta mediados de noviembre. El cambio de plantilla de enfermeras en estos EAP ha sido importante.
- De los 9 EAP que forman parte del Proyecto se ha realizado en los dos EAP en los cuales las integrantes son enfermeras asistenciales, a excepción de Almozara.
En Almozara el responsable del Proyecto ha dejado de trabajar en el centro.
En el resto de los EAP la responsable del Proyecto es la Coordinadora de Enfermería. La causa fundamental de la no realización es la gran carga de trabajo de estas profesionales ya que compaginan las labores asistenciales con las de Coordinación.

Actividades realizadas en el C.S. Fernando El Católico:

1.- Número de sesiones impartidas: 4

30/10/17: "Conceptos generales"

31/10/17: "Materiales y productos en tratamiento y cuidado de heridas"

06/11/17: "Errores frecuentes en el abordaje de heridas"

09/11/17: "Registro en OMI de heridas"

2.- Número de enfermeras formadas: 12 (100% del personal de enfermería) Además acude una alumna de 4º de enfermería y la TCAE del centro. En total 14 asistentes.

3.- Valoración de la mejora del nivel de conocimientos: se recogen 13 encuestas

4.- Evaluación del grado de satisfacción con la actividad: se recogen 13 encuestas.

Actividades realizadas en el C.S. Campo de Belchite.

1.- Número de sesiones impartidas: Por criterios de organización dado que se trata de un Centro de Salud Rural, se decide hacer tres sesiones de mayor duración para poder abarcar el mayor número de personal posible.

27/11/17: Conceptos generales. Prevención y clasificación de heridas.

28/11/17: Tratamiento y productos para heridas.

04/12/17: Registro de heridas en OMI y errores más frecuentes en el tratamiento de las heridas.

2.- Número de enfermeras formadas: 8, de las cuales 1 es EAC y dos son enfermeras no adscritas al centro que están realizando sustitución. Además acuden 7 profesionales de Medicina, de los cuales 3 son MAC, 1 sustituto y el resto miembros del EAP.

En total, 15 asistentes, 8 enfermeras y 7 médicos.

3.- Valoración de la mejora del nivel de conocimientos: no se realiza.

4.- Evaluación del grado de satisfacción con la actividad

Se recogen 15 encuestas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Porcentaje de mejora del conocimiento del tema. Dato obtenido de la encuestas pre y post actividades formativas.

En el centro de Salud de Fernando el Católico próximo al 100%. En todos los ítems de las encuestas pre y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0220

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

post se aprecia mejoría, con excepción del número 5 (estadiaje de maléolo enrojecido) en la que no es pertinente la valoración porque se contestó correctamente en el 100% de los casos tanto antes como después de la sesión.

2. Porcentajes de satisfacción de las enfermeras tras recibir las 4 sesiones de formación. Dato obtenido de las encuestas de satisfacción tras la formación:100%

Centro de Salud Fernando el Católico: Se recogen 13 encuestas, valorándose como "5" (máximo valor) en cuanto a duración de la actividad, expectativas, utilidad, material del curso, formador y Valoración general del curso.

Dos personas han valorado con "4" la duración" y una con "4" el material utilizado.

En cuanto a "Observaciones y sugerencias" hubo tres, transcritas literalmente:

"Muy interesante y útil"

"Me ha gustado mucho"

"Que se repita a menudo. Durante nuestra profesión nos salen dudas y es bueno discutir las en grupo"

No se recoge ninguna valoración negativa.

Centro de salud Campo de Belchite: Se recogen 15 encuestas, valorándose positivamente la formación con respuestas de 4 y 5 puntos.

Lo recogido en las observaciones se refiere al interés, aportando una valoración positiva, se recoge otra observación a cerca de lo útil que le ha resultado la formación. No se recoge ninguna valoración negativa.

3. Monitorización del coste anual de apósitos. Dato obtenido de gasto en almacén

Belchite: Año 2016: 5768

Año 2017: 7571

Fernando el Católico. Año 2016: 32072

Año 2017: 36421

El hecho de que se haya producido un aumento en el coste de los materiales utilizados durante el estudio del Proyecto nos indica que tras la formación las enfermeras han utilizado los productos adecuados y disponibles en el petitorio del almacén.

4. Disminución de prescripción de apósitos

Belchite. Año 2016: 1014; año 2017:2.960

Fernando el Católico. Año 2016: 178; año 2017:1704

En nuestro Sector el pedido de material sanitario al almacén se realiza una vez al mes y por lo tanto se recibe una vez al mes. En aquellos casos puntuales que se precisa de material antes de que llegue el nuevo pedido de almacén se suministra a los Equipos urbanos a través del transporte interno todos los días laborables, en el caso de los Equipos rurales una vez cada 15 días. En Campo de Belchite se ha producido un aumento de la prescripción, este aumento lo atribuimos a que al tratarse de una zona rural y ante la necesidad de material de cura no hay posibilidad de disponer de este material, como pronto, antes de 15 días por lo que es necesaria su prescripción a través de receta.

El aumento de prescripción de receta en Fernando El Católico lo atribuimos al punto de partida tan bajo que había. El importe de apósitos con receta en Fernando el Católico es el menor de todos los EAP del Sector, incluso menor que en Sagtogo que es la Zona de Salud con menos población asignada del Sector. El total población asignada a Fernando el Católico es de 18849 frente a 2438 TIS en Sagtogo. Partir de un importe prácticamente nulo justifica el aumento, que ante una necesidad puntual, bien por no disponibilidad de ese material en el Centro de salud, o por no disponibilidad en el almacén general haya habido que prescribirlo por medio de receta.

5. Porcentaje de enfermeras en los EAP de intervención que ha registrado la escala PUSH en OMI. Este dato no ha sido posible obtenerlo.

La escala PUSH tiene diferentes DGPs según la localización de la ulcera PUSH codo(PUSH_COD), PUSH cresta ilíaca (PUSH_CIL), PUSH maleolo (PUSH_MAL), PUSH sacro(PUSH_SAC), PUSH talón (PUSH_TAL) PUSH trocanter(PUSH_TRO) y PUSH otra localización (PUSH_OLO). Esta escala solo sirve para el seguimiento de las úlceras por presión, no es válida para las úlceras vasculares por lo que el sesgo a la hora de extraer datos es importante.

Otros factores que han influido para no poder obtener la información han sido, el hecho de en los dos Equipos que han concluido el estudio haya enfermeras que tienen población asignada con más de un CIAS médico y el cambio de plantilla en ambos Equipos, desde el periodo de formación y hasta finalizar el Proyecto. Por estos motivos la extracción de datos de OMI no ha sido posible. En el caso de Fernando el Católico de las 14 profesionales que recibieron la formación al finalizar el Proyecto por motivos varios, fundamentalmente por el Concurso de Traslados, solamente quedan 6 enfermeras en el Equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La movilidad del personal de enfermería ha supuesto una gran dificultad a la hora de poder realizar el proyecto, hasta tal punto que ha supuesto la limitación del proyecto a dos Centros de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0220

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

El indicador de a escala PUSH se debe limitar únicamente a la evolución de las úlceras por presión, ya que no es válida en las úlceras vasculares.

El gasto de almacén en apostillos y al prescripción de apositivos consideramos que no son buenos indicadores por si solos ya que es necesario tener en cuenta datos como población susceptible de tratamiento preventivo, población con úlceras y el grado de la úlceras, así como su variabilidad a lo largo del tiempo.

La formación de los profesionales del Equipo es muy importante. En el caso de Belchite, a ser un centro rural, es necesario tener en cuenta la dispersión de los miembros del Equipo, dado que cada profesional tiene unas localidades y unos horarios determinados. Se ha detecta una necesidad de mejorar la formación de OMI. La mayoría de los asistentes desconocían el modo de realizar una orden de tratamiento, así como el modo de registro concreto de este tipo de actuaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/220 ===== ***

Nº de registro: 0220

Título
ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

Autores:
TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, TERUEL MAICAS ALICIA, SUÑER ABADIA SILVIA, GONZALO LOZANO MARIA FLORENCIA, ARRIETA HIGUERAS ELENA, BRUN SOTERAS CARMEN, MOZOTA RUBIO PEDRO, BECERRIL GERMAN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El sector sanitario Zaragoza II atiende a una población de 390.000 habitantes y durante el año 2015 se gastó en apósitos 527.200€.
Se han realizado intervenciones aisladas sobre formación en prevención y tratamiento de UPP pero, en estos momentos, me siento en la "obligación moral" de realizar un abordaje importante desde la base (formación básica). Es decir, considero necesaria e imprescindible realizar una intervención para mejorar el nivel de conocimientos de las enfermeras, su satisfacción y por consiguiente uso óptimo de los recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los conocimientos de las enfermeras de 9 EAP del sector II sobre heridas agudas y crónicas (insistiendo en prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP)
Mejorar el registro en OMI-AP de las heridas.
Como objetivo secundario, mejorar el uso óptimo de los apósitos.

MÉTODO
Del total de la población del sector II, seleccionar por conglomerados 9 EAP con el criterio de conveniencia, de forma que un miembro pertenezca al EAP
Estos 9 EAP representan el 36% de la población del sector (aprox. 142.000 pacientes), incluyendo zona rural y urbana.
Los EAP son: Sástago, Belchite, Fernando en Católico, Almozara, S José Sur, Venecia, S José Norte, S José Centro y Rebojería)

En esto 9 EAP se va a realizar varias intervenciones a distintos niveles:
• Gestión del conocimiento: A los profesionales de estos EAP se realizará cuatro sesiones formativas: la 1ª sobre conceptos básicos de heridas; 2ª sobre prevención y tto de upp; la 3ª sobre los errores más frecuentes en el tema y 4ª sobre el material disponible en Aragón. Estas sesiones serán impartidas por la enfermera del grupo de trabajo. En las mismas sesiones se indicará cómo realizar un registro adecuado.
Además se les pasará un test pre y post a la formación y una valoración de la satisfacción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0220

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

- Gestión de recursos: En estos EAP, se realizarán actividades encaminadas a mejorar el uso optimo de los apósitos como marcar el precio de los apósitos en las cajas, realizar una valoración de apósitos de misma acción y distinto precio, .. y todos aquellos derivados de la formación (periodicidad de las curas,...).

Limitaciones

La cifra de gasto de apósitos de la q disponemos no discrimina, ni puede hacerlo, para poder cuantificar el material dedicado a prevención; a tratamiento de upp; resto de heridas crónicas y agudas.

Por lo tanto, nos vemos obligadas en realizar una intervención para el abordaje de todas las heridas en general.

Por otra parte, para vincular el gasto con actividad, me encuentro con la dificultad del sistema informático OMI-AP.

Desde OMI, podemos saber todos aquellos pacientes q necesitan actividades preventivas y/o precisan de tratamiento de upp (mediante DGP_Norton) pero no es posible disponer del dato del resto de heridas donde se han utilizado este material.

INDICADORES

EVALUACION

1. Porcentaje de mejora del conocimiento del tema (encuesta pre y post) en EAP de intervención.
Standard (ND); Objetivo (70%)
2. Porcentaje de satisfacción de las enfermeras tras recibir las 4 sesiones de formación en EAP de intervención.
Standard (ND); Objetivo (80%)
3. Monitorización del coste de apósitos anual (almacenable) por cada EAP de intervención.
Standard (Belchite:5.768€ ; F Católico: 32.072€ ; Almozara: 15.390 €; Rebolera: 29.972 €; S José Centro: 26.886 €; S José Norte: 20.744 €; S José Sur: 33.960 €; Sástago: 4.966 € y Venecia: 16.768 €)
4. Disminución de prescripción de apósitos en EAP de intervención.
Standard (Belchite: 488,16€; F Católico: 115,04€; Almozara: 1.152,2€; Rebolera: 1.327,58€; S José Centro: 7.172,3€; S José Norte: 1.709,48€; S José Sur: 1.761,96€; Sástago: 623,2€ y Venecia: 6.062,07€)
Objetivo (60%)
5. Porcentaje de enfermeras de los EAP de intervención que han registrado la escala PUSH* en OMI, en pacientes con heridas crónicas.
Standard (ND); Objetivo (70%)
*PUSH: escala que valora la evolución de las heridas en función del tamaño, tipo de tejido y si hay infección.

DURACIÓN

Formación del grupo de trabajo. Octubre 2016

Elaborar el contenido de la formación (4 sesiones). Octubre-Noviembre 2016

Solicitar la acreditación de la formación. Noviembre

Impartir las 4 sesiones en los EAP. Febrero-Marzo 2017

Realizar cuestionario pre y post. Febrero-Marzo 2017

Realizar nuevas sesiones de recuerdo de la formación y resolver dudas en los 9 EAP. Junio 2017

Evaluar lla intervención (nivel de conocimientos y satisfacción). Abril y Septiembre y Diciembre 2017

Evaluar el % de pacientes donde se ha aplicado la formación. Mayo, Septiembre y Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Se realizarán sesiones a aquellas enfermeras de reciente incorporación que lo soliciten, pertenecientes a los 9 EAP seleccionados

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1534

1. TÍTULO

MEJORA DE REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL ACUERDO DE GESTION

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ANGEL AZNAR CARBONELL
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de Junio 2017 la Dirección de Enfermería y Subdirección Médica facilitó a todos los Coordinadores de Enfermería y Medicina, una presentación con los pasos necesarios para el registro en OMI de los indicadores específicos relacionados con Enfermería y MF del Acuerdo de Gestión 2017.

-Posteriormente el 21 de Septiembre tuvo lugar una reunión de la Dirección de Enfermería con los Coordinadores de Enfermería en el que el primer punto a tratar fueron los indicadores AG 2017. En dicha reunión la Responsable de Equipos de Enfermería (Flor Pascual) recordó la presentación enviado en Junio y aportó material adicional para facilitar los registros (Nombre de DGPs, su equivalencia en siglas y marcarlos como DGPs estrella)

-Durante las auditorias internas de este año en los seis EAPs que están certificados en ISO (San Pablo, Valdespartera, Fernando el Católico, San José Sur, Venecia, San Pablo y Torre Ramona) se realizó revisión de los registros en OMI por parte de la Subdirección Médica de AP del Sector, así como por la Responsable de Equipos de AP de Enfermería.

-El servicio de Farmacia de AP realizó reuniones en centros de salud del Sector sobre los indicadores y el cuadro de mandos de Farmacia. Estas reuniones tuvieron lugar en los EAPs de Valdespartera, San José Norte y San José Centro.

-El 1 de diciembre el servicio de Farmacia de AP realizó una reunión sobre URM con todos los Coordinadores Médicos y los responsables de sobre URM. En esta reunión se insistió en el manejo del cuadro de mandos de Farmacia, se comentó la escasa utilización de los profesionales y se facilitaron los datos de los indicadores a nivel de equipo

-Formación:

Dentro del plan de Formación del 2017 se realizaron dos cursos para facilitar el registro en OMI: Los días 15 y 22 de Noviembre tuvo lugar el curso "Actualización en el manejo de planes personales en OMI-AP para médicos y uso de intranet Salud" de 10horas de duración. El día 6 de Noviembre se llevo a cabo el curso "Actualización de registros de OMI para enfermería" de 6 horas de duración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha podido evaluar si se ha producido una mejora en los indicadores del AG puesto que no se ha habido datos disponibles, ya que no se ha enviado información de los mismos a las Direcciones. Tampoco se ha podido utilizar el cuadro de mandos ya que no se ha actualizado con los indicadores del 2017 (Se mantienen los de 2016).

-Aunque no se han realizado reuniones en los EAP, estas se han suplido por difusión de material, cursos de formación y por reuniones con los Coordinadores de Enfermería y con los Coordinadores Médicos en las que se superado el 80% de asistencia. (Hoja de firmas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras las acciones realizadas, se sigue objetivando la dificultad y la falta de conocimiento en cómo hacer los registros, y por tanto la importancia de la formación en OMI. Especialmente relevante en el colectivo de enfermería procedente de AE, por razones obvias, lo cual supone una tarea de formación y monitorización posterior importante.

-Dada la limitación del tiempo en la consulta para introducir datos en OMI, sería de gran ayuda que la fuente de información para la valoración de los indicadores no sólo fuese OMI, sino también la historia clínica electrónica.

-El cuadro de mandos puede ser de gran ayuda para que los profesionales puedan ver sus registros y cumplimentarlos, pero es necesario que el cuadro de mandos se ajuste a los indicadores de AG de cada año, ajustado a lo pactado por cada Sector. Es básico seguir insistiendo en el manejo del cuadro de mandos por parte de los profesionales de AP.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1534

1. TÍTULO

MEJORA DE REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL ACUERDO DE GESTION

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1534 ===== ***

Nº de registro: 1534

Título
MEJORA DEL REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL ACUERDO DE GESTION

Autores:
AZNAR CARBONELL ANGEL, LAIN MIRANDA MARIA ELENA, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Seguimiento activo de los indicadores relacionados con los objetivos estratégicos del acuerdo de gestión 2017 pactados entre Unidades y DAP Sector II, y de esa manera favorecer el registro adecuado en OMI.

RESULTADOS ESPERADOS
Proyecto dirigido a los profesionales sanitarios de las Unidades del Sector II.
Conocer o recordar la forma adecuada de registro en OMI de los objetivos asistenciales del AG, y así obtener una información más completa y veraz de la actividad asistencial.

MÉTODO
Realización de 2 reuniones presenciales en el transcurso del año en los EAP, entre abril y septiembre/octubre por parte de la Subdirección Médica y Técnico de Salud..
Análisis de los datos de los indicadores asistenciales del AG, recordando sus definiciones y su implementación correspondiente en OMI.
Análisis de evolución.

INDICADORES
- Aumento del índice de mejora de los indicadores del AG en cada EAP en cortes de seguimiento en junio y noviembre.

- Hojas de control de firmas, con un mínimo de asistencia del 80% de los miembros del equipo de MF, Pediatría y Enfermería con actividad asistencial en el día de la reunión.

DURACIÓN
Reuniones con EAP del Sector en abril y mayo/junio de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1538

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS PALACIN ARBUES
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINA GADEA MARIA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el año 2012 está en marcha en Aragón el "Programa de la mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano >75 años polimedicado" que tiene como objetivo promover un uso más seguro de los medicamentos por este subgrupo de población, especialmente sensible a la acción de los medicamentos, para ello desde este programa se promueven actividades de revisión clínica de la medicación, así como de revisión de aspectos relacionados con el uso de los medicamentos por el paciente.

El proceso de revisión de la medicación por parte del profesional sanitario persigue reconocer qué medicamentos necesita realmente el paciente y decidir de forma razonada y crítica la prescripción de los mismos en las presentaciones, dosis, pautas y duración de los tratamientos que optimicen la relación beneficio-riesgo, dadas las condiciones fisiológicas y patológicas de cada paciente. La revisión de enfermería implica una actitud activa de ésta en cuanto la comprobación de un uso correcto y adecuado de los fármacos y ejercer educación sanitaria sobre el uso de medicamentos.

Algunos de los principales problemas detectados en la revisión en el anciano polimedicado son la utilización de medicación potencialmente inapropiada en este grupo de población, sobreutilización de algunos medicamentos, la presencia de interacciones y efectos adversos y la falta de adherencia al tratamiento.

Para trabajar estos aspectos las actividades realizadas durante este año han consistido en:

1. En Enero de 2017 se revisaron recomendaciones para incorporar recomendaciones en la revisión del tratamiento farmacológico de los pacientes, que se incorporaron en DATA de Farmacia.
2. Presentación de proyecto a los coordinadores de los centros de salud y responsables de enfermería, donde se explicó la situación de partida, en cuanto a población >75 años con prescripciones potencialmente inadecuadas, población >75 años con prescripciones de fármacos que se asocian a elevado riesgo anticolinérgico, y población mayor de 75 años y polimedicada (>5 fármacos) así como pacientes mayores de 75 años que a su vez se consideran como crónicos complejos. Este proyecto se presentó en junio.

Se expusieron los distintos tipos de revisión a efectuar: 1) revisión clínica de la lista de fármacos prescritos por parte de medicina, y 2) revisión sobre concordancia y cumplimiento del paciente por parte del personal de enfermería. Todos los profesionales sanitarios conocían los objetivos, utilidad y conveniencia de cada tipo de revisión, puesto que este programa se lleva trabajando desde el 2012.

Se presentaron las herramientas disponibles para facilitar la identificación de los pacientes así como de ayuda para la revisión clínica de la medicación:

- Formularios donde se identifican de cada paciente todos los medicamentos potencialmente inadecuados, y las recomendaciones para su manejo, así como el riesgo anticolinérgico asociado a ellos, en aquellos que así sea.
- Formularios donde se listan los pacientes ancianos polimedicados, identificando el número de fármacos por paciente y el riesgo anticolinérgico asociado a ellos.
- Cuadro de mandos de Farmacia: herramienta que permite identificar a cada médico de familia los pacientes mayores de 75 años con prescripciones de algunos de medicamentos potencialmente inadecuados, de los que se ha priorizado su revisión, así como aquellos pacientes mayores de 75 años a los que se les ha prescrito un fármaco asociado a elevado riesgo anticolinérgico.

3. Para promover la revisión de los tratamientos se han realizado durante 2017 tres envíos mediante correo electrónico de los formularios a todos los médicos del sector Zaragoza II desde el Servicio de Farmacia (marzo, junio y noviembre de 2017), así como al personal de enfermería a través del responsable de enfermería.

4. Se ha estado trabajando revisando las recomendaciones de manejo de tratamiento farmacológico del paciente crónico complejo, y el protocolo de revisión de estos pacientes de acuerdo a los criterios ya propuestos para el paciente polimedicado.

Cronograma:

Enero-Marzo 2017:

Elaboración de recomendaciones sobre determinados aspectos farmacológicos.
Diseño de los indicadores para el cuadro de mandos de farmacia.

En los meses de marzo, junio y noviembre de 2017:

Envío de los listados de pacientes susceptibles de revisar a los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1538

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

Enero-Diciembre 2017:

Resolución de consultas y realización de sesiones en todos los centros que lo requirieron.

Los responsables de la realización de la revisión de la medicación fueron medicina y enfermería, aunque la consecución de este proyecto estuvo supeditada a la realización de las extracciones de pacientes ancianos polimedicados desde Servicios Centrales del SALUD, y al correcto funcionamiento del Cuadro de Mandos de Farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

o Porcentaje de pacientes polimedicados en los que se ha realizado la revisión clínica de la medicación: 10,96%.

No se estableció un porcentaje a cumplir, ya el objetivo marcado era que durante el año se fueran revisando progresivamente pacientes, tal y como se ha ido realizando por los Equipos de Atención Primaria.

o Porcentaje de pacientes polimedicados en los que se ha realizado la revisión de la adherencia y/o concordancia: 22,55%.

No se estableció un porcentaje a cumplir, ya el objetivo marcado era que durante el año se fueran revisando progresivamente pacientes, tal y como se ha ido realizando por todos los Equipos de Atención Primaria.

o Porcentaje de pacientes mayores de 75 años con medicamentos potencialmente inapropiados: 14,14% (Rango objetivo: 16,2%-9,6%). Objetivo cumplido respecto al estándar marcado.

o Porcentaje de pacientes mayores de 75 años con medicamentos con alto riesgo anticolinérgico: 11,16% (Rango objetivo: 14,4%-8,7%). Objetivo cumplido respecto al estándar marcado.

Fuente de Datos: DATA de farmacia y e-receta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de la medicación en la población general, y más especialmente en la población anciana polimedicada es una iniciativa clave en la mejora de la utilización de los fármacos y para la seguridad de los pacientes.

Revisar los fármacos prescritos a los pacientes de forma periódica garantiza un cuidado seguro, efectivo y centrado en los enfermos.

Con este programa se intentó proporcionar herramientas a los profesionales para reforzar la asistencia sanitaria centrada en el paciente y conducir a una mejora de la calidad y de la seguridad en los aspectos farmacoterapéuticos, a la vez que promover la comunicación y coordinación interprofesional (médico-enfermera-farmacia).

Un aspecto que ha quedado pendiente es la incorporación más directa de una atención farmacéutica en el proceso de revisión de la medicación, ya que ésta contribuiría a un cuidado eficiente de los pacientes a través de un correcto seguimiento de la farmacoterapia aplicada de forma más individualizada. Este proceso también ayudaría a fomentar el uso racional del medicamento y a reducir la yatrogenia en pacientes mayores complejos, mejorando los resultados en salud al combinar estrategias en la revisión de la medicación y en la valoración integral del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1538 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1538

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

Nº de registro: 1538

Título
AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

Autores:
PALACIN ARBUES JUAN CARLOS, PINA GADEA MARIA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En estos momentos estamos asistiendo a un progresivo envejecimiento de la población que en muchas ocasiones va ligado a incremento en el uso de medicamentos cuya prescripción es necesario reevaluar desde un punto de vista integral, considerando muchos aspectos, desde capacidades cognitivas del propio paciente, apoyo de cuidadores, metas terapéuticas y expectativas de vida.
Desde el año 2012 se lleva trabajando en un programa específico dirigido a la mejora en la seguridad de la farmacoterapia en el anciano >75 años y polimedicado. En este programa están trabajando de forma coordinada médicos de familia, personal de enfermería y farmacéuticos de Atención Primaria, realizando tareas de revisión clínica de la medicación así como revisión de aspectos relacionados con el uso de los medicamentos por el paciente (adherencia y coconcordancia) puesto que se consideran como puntos críticos para mejorar al seguridad de los mismos de este subgrupo de población.
Para ayudar en este proceso se han diseñado diferentes herramientas que nos permiten identificar los pacientes que más se pueden beneficiar de una intervención multidisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la seguridad de la farmacoterapia de los pacientes ancianos >75 años
2. Reducir la prescripción de medicamentos potencialmente inadecuados en ancianos >75 años
3. Reducir la prescripción de medicamentos asociados a elevado riesgo anticolinérgico en pacientes ancianos >75 años

MÉTODO
Acciones a nivel individual y grupal orientadas a la mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el paciente anciano.

Actividades:
-Difusión del proyecto: Presentación de este proyecto a todos los EAP junto con el resto de proyectos en el próximo acuerdo de gestión, remarcando la relevancia clínica de este proyecto
-Revisión y elaboración de recomendaciones de intervención sobre aspectos farmacológicos y de hábitos de vida en pacientes ancianos.
-Formación específica de los profesionales sanitarios sobre aspectos claves relacionados con la adecuación de medicación mediante talleres formativos en los centros de salud.
-Revisión y ampliación de la información que se proporciona a los profesionales sanitarios a través de los listados de pacientes ancianos polimedicados que se envían, incorporando información de actividades registradas en OMI_AP.

INDICADORES
-Número de pacientes polimedicados en los que se ha realizado la revisión clínica de la medicación.
-Número de pacientes polimedicados en los que se ha realizado la revisión de la adherencia y/o concordancia.
-Número de pacientes mayores de 75 años con medicamentos potencialmente inapropiados.
-Número de pacientes mayores de 75 años con medicamentos de alto riesgo anticolinérgico.
Los datos se extraerán del DATA de Farmacia y de los datos de e-Receta correspondientes a pacientes > 75 años polimedicados proporcionados desde Servicios centrales del SALUD.

DURACIÓN
Enero-Marzo 2017:
-Elaboración de recomendaciones sobre aspectos farmacológicos y de hábitos de vida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1538

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

- Difusión del proyecto a los EAPs
- Diseño de los nuevos formularios que se enviarán a los profesionales sanitarios

Abril-Julio 2017:

- Formación a los profesionales sanitarios de los EAPs

OBSERVACIONES

La consecución de este proyecto está supeditado a que se continúen realizando las extracciones de pacientes ancianos polimedificados desde Servicios Centrales del SALUD.

También se requerirá el apoyo de los Servicios Informáticos para el diseño y ejecución de consultas a OMI de actividad así como para la incorporación de esta información en la base de datos y para su posterior visualización en los formularios que se envían a los profesionales.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA FLOR PASCUAL GUTIERREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA MARIA ELENA
BELTRAN FERNANDEZ ANA BELEN
ORUS SUELVE ANA ISABEL
RAMOS FRAILE NURIA
MADRIGAL YBARROA MARIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2016 la Dirección de AP detecta la necesidad de unificar y regular el procedimiento de esterilización y desinfección en AP. Por ello se comienza a trabajar este proceso y se elabora el Procedimiento de Esterilización y Desinfección en AP y con fecha 5 de agosto de 2016 se publica en la Intranet del Sector.

Dicho Procedimiento de Esterilización y Desinfección de AP se difunde a todos los EAP y Unidades Asistenciales dependientes de AP del Sector II.

ACCIONES REALIZADAS:

Nombramiento de Responsables de esterilización:

Desde Dirección se solicita en cada uno de los 21 EAP una enfermera Responsable de Esterilización y Desinfección además de la TCAE en los Equipos que hay personal de esta categoría. En Odontología se establece que son responsables las Higienistas Dentales.

Se incorpora en dicho Procedimiento el control químico interno (no existente hasta entonces) y se envía desde Dirección el control químico interno a los 21EAP y las USBD del Sector. Se facilita el código SERPHA del control químico interno.

En noviembre de 2016 se da una formación sobre esterilización y desinfección en AP con fondos SALUD. La formación se realiza en dos ediciones a fin de facilitar la asistencia de todas las personas que forman parte del Proceso de esterilización en AP.

Esta formación va dirigida a:

- las Técnicos en Cuidados de los 19 EAP donde hay trabajadores de esta categoría, (todos a excepción de Campo de Belchite y Sástago),
 - las Higienistas Dentales de las 6 USBD Sector. La plantilla es de 1 Higienista dental por cada USBD
- una enfermera responsable de esterilización de cada uno de los 21 EAP. En los EAP donde no hay TCAEs, Campo de Belchite y Sástago se permite que acudan dos enfermeras, para garantizar que sean dos profesionales del EAP responsables en esta materia.

La formación es impartida por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva del HUMS, M^a Jesús Hernández Navarrete y el Supervisor de la Central de Esterilización del HUMS, Antonio Casado Hernández.

Los contenidos de la formación son:

?OBJETIVO GENERAL

Actualizar los conceptos de reprocesamiento de material con el fin de mejorar el conocimiento de la correcta esterilización y desinfección del material en los Centros de Salud y USBD de Atención Primaria del sector II

Definir la correcta trazabilidad del material esterilizado y/o desinfectado, a fin de garantizar el correcto desarrollo del Proceso de Esterilización y/o desinfección en la práctica diaria en los EAP y USBD.

?OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Clasificar el material según riesgo
- Identificar y Aplicar el proceso adecuado
- Desarrollo trazabilidad
- Conocer el sistema de almacenaje y fechado del material
- Definir responsabilidades.

En dicha formación se hace referencia al Procedimiento de Esterilización y Desinfección de los EAP del Sector y se recuerda que se encuentra colgado en la intranet del Sector. Se indica como acceder a dicho Procedimiento a través de la intranet del SALUD. Se vuelven a recordar todos los códigos del material que se precisan para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

este procedimiento.

La evaluación del la formación fue muy satisfactoria.

Revisión del Procedimiento de Esterilización y Desinfección:

En los meses de mayo y junio la Responsable del Proyecto, visita en junio con la Técnico de Salud, Elena Laín Miranda los 21 EAP Esterilización de y las 6 USBD del Sector,

A través de la Coordinadora de Enfermería se acuerda una visita en cada Centro con la Responsable de Esterilización, habitualmente la TCAE, la enfermera formada si difiere de la Coordinadora de Enfermería y las Higienistas dentales.

Durante la visita se ve in situ el autoclave, lugar de esterilización y se realizan una serie de preguntas sobre el Procedimiento de esterilización y desinfección a la Responsable de esterilización sobre el Procedimiento de Esterilización y Desinfección de su EAP o Unidad.

Dicho cuestionario es:

A) Autoclave:

- 1- Marca y Modelo de autoclave.
- 2- Años de antigüedad
- 3- Mantenimiento preventivo
- 4- Manual:
 - a- Existencia de manual
 - b- Localización
- 5- Temperatura de esterilización
- 6- N° de ciclos que se realizan por día/ semana.

B) Responsable de la Esterilización y desinfección.

- 1- Profesionales formados en el EAP o Unidad

C) Limpieza del Material:

- Lugar donde se realiza
- Producto utilizado
- Tiempo en el que se mantiene el producto sumergido
- Recipiente en el que se sumerge el material.
- Utensilio utilizado para la limpieza de los restos incrustados.
- Secado del material

D) Termoselladora

- Existencia de termoselladora
- Funcionamiento de termoselladora.

E) Controles

- 1- Control Químico Externo
- 2- Control Químico Interno
- 3- Control biológico. Testigo.

F) Rotulación

- 1 - Fecha
- 2- Tiempo de caducidad
- 3- N° de Ciclo
- 4- Lugar de rotulación

G) Colocación de las bolsas en el autoclave

H) Registro

- 1- Si. ¿Es el actualizado?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

2 No

I) Procedimiento esterilización y desinfección AP sector II

- 1- Conocido por la Responsable
- 2- Esta accesible
- 3- Se conoce como acceder a través de la intranet.

J) Material estéril

- 1- ¿Existencia de material Caducado?
- 2- Se esteriliza material desechable?

DESINFECCIÓN

A) Material al que se aplica

B) Desinfectante

- 1- Producto utilizado
- 2- Tiempo de acción del producto

C)- Secado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Porcentaje de ciclos de esterilización realizadas según el procedimiento:

Según los registros revisados en los centros de salud siguiendo las instrucciones del Procedimiento de Esterilización y Desinfección en AP solamente se detectó en un centro de salud un ciclo no válido.

2. Incidencias:

Tras las visitas por las diferentes unidades de esterilización se ha observado y solucionado las siguientes incidencias:

- Algunas Responsables decían no conocer el Procedimiento de Esterilización y Desinfección (siempre era porque había cambiado la TCAE). Se les da a conocer dicho Procedimiento.

- Algunas no tenían accesible el Procedimiento de Esterilización y Desinfección y dentro de estas, algunas no sabían que estaba en la intranet y/o no sabían buscarlo.

Se les indica como acceder a la intranet, se les imprime y se les aconseja este localizado en un lugar visible cerca del autoclave.

- Algunos Centros no realizaban el control químico interno. Se vuelve a indicar que se utilice y se les vuelve a facilitar los códigos SERPA de dicho control.

- los EAP rurales y consultorios locales no disponían de estufas de control biológico.

En una primera fase se les proporciona una estufa de control biológico a la cabecera del Centro, Fuentes de Ebro, Sastago y PAC de Azuara. El centro de Salud de Belchite si disponía de estufa de control biológico. En una fase posterior se proporciona una estufa de control biológico a cada consultorio local donde hay autoclave y se esteriliza. En la zona de salud de Fuentes de Ebro en los consultorios locales de Gelsa de Ebro, Pina, Mediana, el Burgo y Quinto de Ebro. En la Zona de Salud de Sastago en los consultorios locales de Escatron y La Zaida.

La USBD de Sagasta por las características de este Centro no tiene muy accesible el uso de la estufa de control biológico de Ruiseñores por lo que también se le proporciona una estufa de control biológico a dicha unidad.

- Se observa que no se dispone de un cepillo de limpieza de material previo a la esterilización. El material se limpia con cepillos de uñas o con espartos que adquieren las TCAES por su cuenta. Desde Dirección se realiza una petición de compra de cepillos de limpieza para todos los Centros, Unidades de Salud Bucodental y consultorios locales donde se realiza el proceso de esterilización.

- A fin de ir renovando aquellos equipos con más antigüedad y/o aquellos equipos que presentan más averías, se solicita a través del Plan de Necesidades una compra de 5 Autoclaves y 5 Termoselladoras.

-Formación:

A lo largo del año 2017 ha cambiado la plantilla de las Responsables de Esterilización y Desinfección. Se han producido 6 jubilaciones de TCAEs, dos TCAEs han causado baja en nuestro Sector como consecuencia de la Resolución de la Oposición de TCAEs .

Ha habido una nueva incorporación de una Higienista Dental. Han cambiado 6 Coordinadoras de Enfermería y se han incorporado nuevas enfermeras en el Sector tras la Resolución del 10 de noviembre del Concurso de Traslados de Enfermeras en nuestra Comunidad Autónoma. A fin de garantizar el conocimiento y aplicación del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

Procedimiento de Esterilización en todas las Unidades de Esterilización del Sector con fecha del 22 de noviembre se da una formación a todo el personal nuevo que esta directamente relacionado con el Procedimiento de esterilización y desinfección del material que se usa en los Centros de Salud.

3. Número profesionales formadas:

Durante el año 2016 se formaron 54 profesionales: las higienistas de las unidades de salud bucodental, las TCAE de los EAP y una enfermera por equipo
Durante el año de 2017 se formaron 16 profesionales: personal nuevo de TCAE, de enfermería e higienistas)

4 . Porcentaje de centros con asistencia a formación:

En el 100% de los equipos y unidades de salud bucodental se ha formado al menos un profesional

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha objetivado la necesidad de seguir renovando el parque de autoclaves del Sector. Se comienza por cambiar aquellos autoclaves más antiguos, que tienen más averías o que tienen mayor utilidad, por ello se han adquirido en 2017 la cantidad de cinco autoclaves que serán el inicio de de renovación de los existentes. También con la misma finalidad se han adquirido 5 termoselladoras para dotar a aquellos centros que no tienen o que las existentes están obsoletas o que se averían con frecuencia. En el próximo plan de necesidades se continúa con la renovación de autoclaves y termoselladoras.

Nos hemos dado cuenta de que no era suficiente la difusión del procedimiento por la intranet y correo electrónico, siendo más eficaz para su correcta implantación la visita a los centros de salud y el contacto directo con los profesionales que realizan esta actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1552 ===== ***

Nº de registro: 1552

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR, LAIN MIRANDA MARIA ELENA, BELTRAN FERNANDEZ ANA BELEN, ORUS SUELVES ANA ISABEL, RAMOS FRAILE NURIA, MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La limpieza, desinfección y esterilización de superficies, aparatos e instrumental, son procesos que están orientados a la minimización de la transmisión de infecciones en el entorno de los centros asistenciales, por lo que se incluyen dentro de las Estrategias de Seguridad para la protección, tanto de los usuarios como de los profesionales. La adecuada realización de estos procesos permitirá elevar el nivel de calidad de la asistencia que presta el Servicio de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: Puesta en marcha de los procesos de Esterilización y Desinfección de materiales en los EAP del Sector II con criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir los máximos resultados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

Se considera prioritario el abordaje de esta situación para disminuir la variabilidad, aumentar la seguridad clínica y conseguir implementar criterios de mejora continua

POBLACIÓN DIANA

Equipos de Atención Primaria y Unidades de Apoyo afectadas: Salud Bucodental, fisioterapia, matrona.

OFERTA DE SERVICIOS Esta incluida en la cartera de servicios general como proceso de soporte

MÉTODO

-Implementar los procedimientos ya especificados en los procesos operativos nivel II de la Sistemática ISO 9001 del Sector.

-Se realizarán actividades de formación a los responsables de proceso de cada equipo y/o unidad.

-Se proporcionará el procedimiento específico y los documentos de los protocolos e instrucciones de trabajo necesarios.

-Se implementará el uso de los registros a utilizar para gestionar y controlar el proceso.

-Se harán reuniones para monitorizar la implantación y solucionar dudas y problemas.

INDICADORES

Los indicadores principales serán:

- Porcentaje de ciclos de esterilización realizados de acuerdo a los procedimientos.

- N° de incidencias ocurridas.

- N° de personas formadas

- Porcentaje de centros y unidades cuyos miembros asisten a la formación

Se utilizaran como fuentes de datos los registros específicos de los procedimientos y los registros de asistencia

DURACIÓN

- Implementación del Procedimiento de Esterilización y Desinfección en los EAP del Sector II: Primer Trimestre de 2017 (Responsable: Flor Pascual)

- Formación del Personal de los EAP y Unidades de Apoyo del Sector: Primer trimestre 2017 (Responsable : Flor Pascual y María Jesús Hernández como docente)

- Difusión del Procedimiento e Instrucciones de trabajo:Primer Trimestre 2017 (Flor Pascual)

-Implementación de los registros: Primer Trimestre de 2017 (Responsable Flor Pascual)

- Reuniones para monitorización de la implementación del Procedimiento de esterilización y desinfección: a lo largo del año.(Responsable: Flor Pascual. Otros participantes:Servicio de Preventiva, Responsable de Calidad, Responsables de Enfermería, Responsable de las Unidades de Apoyo y TCAE).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Fecha de entrada: 12/03/2018

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.
TOBAJAS SEÑOR EVA
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR
HERNANDEZ MOSTERIN NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se formó el grupo de trabajo en 2016 con integrantes de los EAP y del servicio de Hematología (Jefe de Servicio Dra Delgado y FEA Dra Nuria Hernandez y Dr JM Calvo), bajo la responsabilidad de las Direcciones de AP y del Hospital Miguel Servet.

- Se han realizado a lo largo del 2017 reuniones y actividades de formación en los EAP Parque Roma, Puerta del Carmen, San José Centro, San José Norte, Venecia, San José Sur y Fuentes Norte.

- Se incorporan mejoras organizativas en los centros para disminuir el nº de extracciones venosas para control de TAO.

- Se ha implantado la interconsulta virtual con el Servicio de Hematología (sección Hemostasia) para la derivación de situaciones complejas o toma de decisiones conjunta

-Existe la opción diaria de contacto telefónico con el servicio para estas mismas cuestiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La extracción de datos se ha realizado a través de Roche Diagnostics por problemas informáticos

Se obtiene el número de pacientes activos que controla atención primaria por centro de salud y que han tenido alguna visita en los últimos 60 días.

C.S. ALMOZARA	327	
C.S. AZUARA	1	
C.S. C. IMPERIAL - SAN JOSÉ SUR - VENECIA		557
C.S. CAMPO DE BELCHITE	151	
C.S. CASABLANCA	73	
C.S. FERNANDO EL CATOLICO		259
C.S. FUENTES DE EBRO	266	
C.S. LAS FUENTES NORTE	318	
C.S. PARQUE ROMA	335	
C.S. PUERTA DEL CARMEN	143	
C.S. REBOLERIA	272	
C.S. ROMAREDA (SEMINARIO)	102	
C.S. SAGASTA - RUISEÑORES - MIRAFLORES		730
C.S. SAN JOSE NORTE - CENTRO	523	
C.S. SAN PABLO	332	
C.S. SASTAGO	69	
C.S. TORRE RAMONA	310	
C.S. TORRERO - LA PAZ	316	
C.S. VALDESPARTERA	72	

Total 5.156 pacientes con TAO controlados en AP, que supone el 1,5 % de pacientes del sector, muy similar a otros estudios nacionales.

Rango de pacientes: 69 (EAP Sástago)-730 (EAP Ruiseñores-Miraflores)

No es posible desglosar los datos de aquellos EAP que comparten estructura física (Ruiseñores-Miraflores, Venecia-San José Sur, San José Norte-San José Centro)

Se obtienen TRT según método de Roosenthal por paciente, por centro y media del sector.

Centro	Promedio de TTR
C.S. ALMOZARA	60,47

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

C.S. AZUARA	31,25		
C.S. C. IMPERIAL - SAN JOSÉ SUR - VENECIA		67,44	
C.S. CAMPO DE BELCHITE	52,21		
C.S. CASABLANCA	59,10		
C.S. FERNANDO EL CATOLICO		64,10	
C.S. FUENTES DE EBRO	54,13		
C.S. LAS FUENTES NORTE		74,68	
C.S. PARQUE ROMA	63,82		
C.S. PUERTA DEL CARMEN		58,48	
C.S. REBOLERIA	61,02		
C.S. ROMAREDA (SEMINARIO)		64,62	
C.S. SAGASTA - RUISEÑORES - MIRAFLORES		62,14	
C.S. SAN JOSE NORTE - CENTRO		64,83	
C.S. SAN PABLO	59,59		
C.S. SASTAGO	62,00		
C.S. TORRE RAMONA	65,87		
C.S. TORRERO - LA PAZ		62,76	
C.S. VALDESPARTERA	58,18		

Total general SECTOR II 63,64

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. TRT < 65%, al límite, como estándar de buen control.

2. Carecíamos de datos previos fiables, pero la cifra absoluta de más de cinco mil pacientes hace pensar en un incremento del control por parte de Atención Primaria y en una disminución por tanto de las derivaciones para cálculo de dosificación.

Se han disminuido de manera importante las extracciones venosas por este motivo

3. Dificultades importantes en la extracción de datos:

fuentes de datos: Roche

no puede obtenerse información del cuadro de mandos

el hospital utiliza el sistema GOTA para registro de su actividad.

7. OBSERVACIONES.

Difusión de información a los centros para seguimiento y trabajo individual en las unidades

Como futuro del proyecto, desde el servicio de Hematología se proponen actividades formativas de cara a extender las indicaciones para iniciar TAO desde Atención Primaria, así como centrar el empleo e indicación de ACOD.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1719 ===== ***

Nº de registro: 1719

Título
OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Autores:
ALONSO SANCHEZ MARTA, TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .:

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según el estudio FAZAR en 2015, en el Sector II de Zaragoza, la prevalencia de FA en mayores de 40 años, era del 3.38%, y del 1.4% en la población general de nuestro Sector. Además el 25.9% de los pacientes en tratamiento con ACO tienen seguimiento exclusivo en AP y en el 48,7%, no hay buen control. Según el estudio "Perfil clínico-epidemiológico y de tratamiento del paciente con FA atendido en el C.S. Las Fuentes Norte del 2016, se objetiva infratratamiento en el 24% de los casos, con un control subóptimo del 43%, y un control exclusivo en AP del 34% A nivel nacional, el estudio PAULA aporta cifras similares en el grado de control, pero en relación a lo asumido por AP, supera el 70%. Por último, el estudio nacional FIATE del 2013, donde se incluyó a nuestra Comunidad, arrojó un bajo seguimiento del TAO, UN 46,8%. Por todo lo expuesto, planteamos como objetivo fundamental, conseguir un incremento del porcentaje de pacientes con dicumarínicos controlados desde AP.

RESULTADOS ESPERADOS

Garantizar la ACO a todos los pacientes con FA con indicación.
Mejorar el control óptimo de los pacientes con ACO cuyo seguimiento se realiza en AP.
Asumir el control de la ACO desde AP, en pacientes con FA y ACO de bajo riesgo.

MÉTODO

1. Formar el grupo de trabajo de ambos niveles asistenciales.
2. Elaborar un documento de consenso.
3. Información del documento a todos los profesionales implicados.
4. Implantación de circuito, tareas y responsabilidades
5. Evaluación del mismo.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes controlados en AP mediante TAOnet: Objetivo 75%.
2. Porcentaje de pacientes controlados por hematología mediante GOTA. Objetivo 30%.
3. Grado de control de tratamiento en pacientes manejados en AP mediante TRT directo. Objetivo 60%.
4. Porcentaje de pacientes con INR en rango (2-3) en los últimos meses, derivados desde Hematología a AP. Objetivo 95%.

DURACIÓN

1. Formación del grupo de trabajo. Enero 2017
2. Distribución de tareas y responsabilidades. Enero 2017
3. Elaborar la formación a impartir en los EAP. Febrero 2017
4. Solicitar acreditación de las sesiones formativas en los EAP. Enero 2017.
5. Realizar sesiones formativas en EAP Febrero/Junio 2017
6. Seguimiento indicadores del Proyecto. Enero/Junio/Diciembre 2017
7. Valorar la necesidad de nuevas sesiones en los EAP. Julio/Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS PALACIN ARBUES
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA MARIA ELENA
ALONSO SANCHEZ MARTA
PASCUAL GUTIERREZ FLOR
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
AZNAR CARBONEL ANGEL
HERNANDEZ MOSTERIN NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Formación de grupo de trabajo multidisciplinar entre profesionales de AP Zaragoza II y el servicio de Hematología del HUMS.
2. Elaborar documento para dar respuesta a AP en el manejo perioperatorio del paciente anticoagulado.
3. Informar del documento a todos los implicados a nivel asistencial.
4. Establecer de forma efectiva la posibilidad de contacto con el Servicio para resolución de problemas a AP y para aminorar la presencia de pacientes de Atención primaria en rango normal controlados desde el servicio
5. Evaluación del mismo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Existencia de profesionales referentes en TAO en los 21 EAP
- Se constituyó el grupo de trabajo que ha elaborado un documento para AP. Con posterioridad se decidió elaborar un documento de Sector que incluyera pautas normalizadas de actuación sobre el manejo de la anticoagulación en determinados procesos diagnósticos/terapéuticos, tanto para el ámbito extrahospitalario como para el paciente ingresado prequirúrgico. Pendiente de redacción final tras esta extensión, respecto del planteamiento inicial
- Se han controlado en Hematología 2.379 pacientes de Atención Primaria en el último año. Se han remitido a Atención Primaria para su control desde el Servicio más de 300 pacientes en el 2018 con el INR controlado.
- Está instalada de manera estable una dinámica de formación entre el Servicio y los EAP. Este año se han realizado dos cursos (uno para médicos y otros para enfermería) con control de TAO incluidos en el Plan de Formación 2018 (Z2-0212/2018 y Z2-0229/2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Existen dificultades importantes para confrontar los datos desde Atención Primaria y desde Hematología por el hecho de utilizar dos sistemas informáticos diferentes (OMI-AP y GOTA, respectivamente). La integración de sistemas para compartir información mejoraría mucho el proceso asistencial.
- Para este año 2019 se han incluido en el Plan de Formación del año dos cursos (Z2-0224/2019 y Z2-0152/2019)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1719 ===== ***

Nº de registro: 1719

Título

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Autores:

ALONSO SANCHEZ MARTA, TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Según el estudio FAZAR en 2015, en el Sector II de Zaragoza, la prevalencia de FA en mayores de 40 años, era del 3.38%, y del 1.4% en la población general de nuestro Sector. Además el 25.9% de los pacientes en tratamiento con ACO tienen seguimiento exclusivo en AP y en el 48,7%, no hay buen control. Según el estudio "Perfil clínico-epidemiológico y de tratamiento del paciente con FA atendido en el C.S. Las Fuentes Norte del 2016, se objetiva infratratamiento en el 24% de los casos, con un control subóptimo del 43%, y un control exclusivo en AP del 34% A nivel nacional, el estudio PAULA aporta cifras similares en el grado de control, pero en relación a lo asumido por AP, supera el 70%.

Por último, el estudio nacional FIATE del 2013, donde se incluyó a nuestra Comunidad, arrojó un bajo seguimiento del TAO, UN 46,8%.

Por todo lo expuesto, planteamos como objetivo fundamental, conseguir un incremento del porcentaje de pacientes con dicumarínicos controlados desde AP.

RESULTADOS ESPERADOS

Garantizar la ACO a todos los pacientes con FA con indicación.

Mejorar el control óptimo de los pacientes con ACO cuyo seguimiento se realiza en AP.

Asumir el control de la ACO desde AP, en pacientes con FA y ACO de bajo riesgo.

MÉTODO

1. Formar el grupo de trabajo de ambos niveles asistenciales.
2. Elaborar un documento de consenso.
3. Información del documento a todos los profesionales implicados.
4. Implantación de circuito, tareas y responsabilidades
5. Evaluación del mismo.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes controlados en AP mediante TAOnet: Objetivo 75%.
2. Porcentaje de pacientes controlados por hematología mediante GOTA. Objetivo 30%.
3. Grado de control de tratamiento en pacientes manejados en AP mediante TRT directo. Objetivo 60%.
4. Porcentaje de pacientes con INR en rango (2-3) en los últimos meses, derivados desde Hematología a AP. Objetivo 95%.

DURACIÓN

1. Formación del grupo de trabajo. Enero 2017
2. Distribución de tareas y responsabilidades. Enero 2017
3. Elaborar la formación a impartir en los EAP. Febrero 2017
4. Solicitar acreditación de las sesiones formativas en los EAP. Enero 2017.
5. Realizar sesiones formativas en EAP Febrero/Junio 2017
6. Seguimiento indicadores del Proyecto. Enero/Junio/Diciembre 2017
7. Valorar la necesidad de nuevas sesiones en los EAP. Julio/Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0308

1. TÍTULO

REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 12/01/2018

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.

GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA
PALACIN ARBUES JUAN CARLOS
PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la actualización del procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos en los centros de salud del sector Zaragoza II por parte del Servicio de Farmacia se facilitó el material y se realizó su difusión activa entre todos los profesionales. Para ello se colgó dicho procedimiento en la intranet para facilitar su consulta, y se realizaron envíos directos del procedimiento a los correos electrónicos institucionales de los/as coordinadores médicos de los centros de salud y de los/as responsables de enfermería. Todos ellos encargados de transmitir la información generada.

Para el seguimiento y la evaluación de la estrategia implantada, las farmacéuticas de Atención Primaria del sector Zaragoza II realizaron una revisión de los botiquines de todos los centros de salud del sector. En dicha revisión se valoró la adhesión de los equipos de Atención Primaria al procedimiento operativo, la adecuación de los botiquines (stock, almacenamiento, control de caducidades, hojas de registro...), se detectaron cuales eran los puntos débiles y donde se encontraban los problemas de cumplimiento (si los había). La revisión incluyó los botiquines de medicamentos, la sala de urgencias, el carro de paradas, el maletín de urgencias y las neveras con dotación de fármacos de cada uno de los centros de AP del sector.

En la actualización del procedimiento de control y gestión de medicamentos, además de revisar y actualizar los contenidos, se incluyó un nuevo anexo que describe la correcta conservación y manipulación de los envases multidosis, cuestión que más dudas o errores provoca en los profesionales que los manejan. También se facilitaron etiquetas identificativas para señalar los fármacos dentro del almacén del centro.

Mientras se llevaba a cabo la revisión de los botiquines se comentaban todas aquellas desviaciones o anomalías detectadas directamente con los profesionales implicados, y sobre todo se aprovechaba para resolver cualquier tipo de pregunta o duda que los profesionales formularan, proporcionando cualquier tipo de información que fuera requerida.

Una vez finalizada la revisión desde el Servicio de Farmacia de AP se procedía a rellenar un informe "Auditoria de los botiquines de medicamentos de los centros de Salud", el cual inmediatamente se remitía a los coordinadores médicos y responsables de enfermería para su conocimiento e identificando todas aquellas propuestas de mejora que fueran oportunas.

Cronograma:

Fecha de inicio: Octubre de 2016.

Revisión inicial de los botiquines en los centros de salud: Octubre a Diciembre de 2016.

Enero a Marzo 2017: Revisión y actualización del "Procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo" (PO-02_Z2(P)E).

Revisión de seguimiento de los botiquines:

EAP	2017
ALMOZARA	05/10/2017
CAMPO DE BELCHITE	03/11/2017
CASABLANCA	21/12/2017
FDO CATOLICO	27/04/2017
FUENTES DE EBRO	31/10/2017
FUENTES NORTE	26/10/2017
SAGASTA MIRAFLORES	20/04/2017
SAGASTA RUISEÑORES	20/04/2017
PARQUE ROMA	31/10/2017
PUERTA DEL CARMEN	24/01/2017
REBOLERIA	19/01/2017
SAN JOSE CENTRO	16/11/2017
SAN JOSE NORTE	16/11/2017
SAN JOSE SUR	26/10/2017
VENECIA	26/10/2017
SAN PABLO	16/03/2017
SASTAGO	11/09/2017
SEMINARIO	19/01/2017
TORRE RAMONA	14/09/2017
TORRERO	22/11/2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0308

1. TÍTULO

REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

VALDESPARTERA 07/09/2017

Los responsables de la revisión de los botiquines fueron: Belén Pina Gadea y Cristina Gómez Baraza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se revisaron el 100% de los depósitos de medicamentos de los centros de salud del Sector Zaragoza II por parte del Servicio de farmacia del Sector Zaragoza II.

Todos los equipos se adhirieron al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y Productos Sanitarios, aunque se encontraron algunas desviaciones:

En el 33,3% de los centros se detectaron >5 medicamentos caducados.

En el 23,8% de los equipos se detectó algún problema en la dotación de medicamentos con respecto a las recomendaciones, generalmente por un stock excesivo.

También se percibió una elevada variabilidad en cuanto a la identificación de la apertura de los envases multidosis. Este hecho queda resuelto con la última incorporación al documento del anexo de conservación de envases multidosis, el cual ha sido muy bien valorado entre los profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque todos los centros de Atención Primaria conocen y se adecuan al "Procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo" hay que seguir insistiendo en la importancia de realizar revisiones sistemáticas mensuales de los botiquines, para evitar incidencias.

A todos los centros se les recomendó que utilizaran un formato específico para el control de caducidades estructurado por meses y años, de tal forma que cada mes solo tuvieran que buscar aquellos medicamentos apuntados en la lista. Ello supone un mayor esfuerzo al comenzar a utilizar este sistema, y cada vez que se recepciona un pedido nuevo en el centro, sin embargo implica una mayor rapidez a la hora de identificar los medicamentos caducados o próximos a caducar sin tener que revisar todos y cada uno de los fármacos del centro.

Los resultados de este proyecto han estado supeditados a la colaboración de los equipos de Atención primaria.

Por último, indicar que se van a hacer llegar a los equipos de AP una serie de etiquetas con las leyendas "Próximo a caducar", "Fecha de apertura", "Nevera" para facilitar la identificación de todos aquellos fármacos con características a tener en cuenta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/308 ===== ***

Nº de registro: 0308

Título
REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
PINA GADEA MARIA BELEN, GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA, PALACIN ARBUES JUAN CARLOS, TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN, AZNAR CARBONELL ANGEL, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Afecta a todas las patologías, en cuanto trata de garantizar la disponibilidad de los fármacos necesarios para atender las urgencias sanitarias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0308

1. TÍTULO

REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los servicios farmacéuticos de las estructuras sanitarias de Atención Primaria son los encargados de prestar atención farmacéutica a la población y de desarrollar las funciones y actividades relacionadas con la utilización de los medicamentos, orientadas al uso racional de éstos, reconociéndose como una de sus funciones, la adquisición, almacenamiento, custodia, conservación y dispensación de aquellos medicamentos y productos sanitarios que deban ser aplicados dentro de los centros de Atención Primaria y de aquéllos para los que se exija una particular vigilancia, supervisión y control, según se establece la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

En todos los centros de Atención Primaria del Sector II se dispone de botiquines de medicamentos cuya dotación permite cubrir las emergencias vitales, tratar problemas de salud que requieran atención inmediata y disponer de medicamentos y productos sanitarios en los que la asistencia sanitaria requiera su dispensación en el centro. En algunos centros de Atención Primaria del Sector Zaragoza II se ha implantado un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2008, adaptándose a los requisitos establecidos en dicha norma la gestión de los botiquines, que han implantado el Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo. En aquellos equipos de atención primaria en los que no se ha implantado un sistema de gestión de la calidad existe mayor variabilidad en cuanto al grado de adherencia al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS

Tras la actualización del procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos en los centros de salud del sector Zaragoza II se pretende:

- Mejorar la adhesión de todos los equipos de atención primaria del sector al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo
- Garantizar la disponibilidad y el correcto almacenamiento de los medicamentos del botiquín.
- Sistematizar la revisión y el control de puntos críticos de la asistencia sanitaria de urgencia, tales como el carro de paradas y el maletín de urgencias.
- Garantizar la adecuada accesibilidad de los pacientes a los medicamentos cuya dispensación corresponda a los centros de salud.

MÉTODO

- Revisión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo.
- Revisión de la adecuación de los botiquines al procedimiento operativo.
- Detectar posibles puntos débiles o problemas en su cumplimiento.
- Proporcionar información y formación específica a los profesionales de los equipos implicados en la gestión de los botiquines.
- Seguimiento y evaluación de la estrategia implantada

INDICADORES

- Valorar la adecuación de los botiquines al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo inicialmente y tras un año después de su implantación:

% de equipos en los que se detecta problemas en la adherencia a las recomendaciones del procedimiento.

- Valorar la adecuada dotación en cuanto a medicamentos tanto del botiquín, del carro de paradas como del maletín de urgencias así como su correcta revisión.

% de equipos en los que se detecta problemas en la dotación de medicamentos respecto a las recomendaciones

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Revisión de los botiquines:

Revisión inicial de los botiquines de los centros de salud: Octubre a Diciembre de 2016.

Revisión de seguimiento del funcionamiento de los botiquines: Junio-Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Los resultados de este proyecto están supeditados a la colaboración de los equipos de atención primaria en tanto en cuanto acepten las recomendaciones para su cumplimiento.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1539

1. TÍTULO

ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA GOMEZ BARAZA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZNAR CARBONELL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar: dirección médica de AP, farmacia de AP, servicio de digestivo y servicio de Gastroenterología infantil del hospital de referencia.

Se realizó una revisión bibliográfica (últimas guías y consensos publicados, búsqueda de artículos en pubmed, uptodate y fichas técnicas de los medicamentos) por los miembros del grupo de las últimas evidencias disponibles acerca de los criterios diagnósticos y de tratamiento de la infección por HP.

Una vez recuperada toda la información disponible se procedió a consensuar las nuevas recomendaciones con el servicio de Digestivo del Hospital Miguel Servet y con el servicio de Gastroenterología del Hospital Infantil. Con todas las propuestas consensuadas se realizó la actualización del protocolo que hasta entonces estaba vigente.

El protocolo consensuado "Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Infección por Helicobacter Pylori. Recomendaciones de uso del Test de detección de Helicobacter Pylori. Coordinación Atención Primaria/Especializada" fue aprobado por la comisión de infecciones, difundido en AP a través de correo electrónico a todos los profesionales sanitarios y posicionado en la intranet del sector para servir de documento de consulta ante cualquier posible duda.

Para facilitar la difusión de dicho protocolo en el ámbito de Atención Primaria, se realizó una sesión formativa en formato curso dirigido a los responsables de Uso Racional del medicamento (URM) de cada uno de los equipos de Atención primaria (AP), con la intención de que a continuación ellos dieran una sesión formativa en sus correspondientes centros, y de esta manera llegar a difundir el protocolo a todos los profesionales.

En este curso se abordaron todas las cuestiones recogidas en el protocolo: etiología, se proporcionaron recomendaciones sobre el correcto uso de las pruebas diagnósticas, se dieron recomendaciones sobre los tratamientos y las pautas farmacológicas teniendo en cuenta las resistencias locales y se comentaron algunos criterios de derivación al ámbito hospitalario. Todo ello tanto para el paciente adulto como para el pediátrico. También se planteó un caso clínico para resolver de forma grupal y se resolvieron todas aquellas dudas que pudieran surgir entre los profesionales convocados. Todos los puntos abordados en este curso cumplían con los objetivos establecidos.

Por último se facilitó todo el material (protocolo y power point) a los responsables de URM de los centros de salud para la realización de las sesiones formativas, al igual que se facilitaron hojas con las pautas de tratamiento de forma gráfica destinadas a pacientes (hojas de instrucciones a pacientes), con el objetivo de facilitar su cumplimiento terapéutico.

La difusión en el ámbito hospitalario se realizó por parte del Servicio de Digestivo y el servicio de Gastroenterología del Hospital Infantil.

Para poder evaluar el impacto de la intervención, se realizó un estudio piloto de la situación de partida, analizando los datos de un centro de salud, debido a las dificultades técnicas encontradas para explotar los datos completos del sector, ya que no es posible realizar una extracción automática y completa de los datos. (Los datos se sacaron manualmente).

En ese estudio se recogieron y analizaron datos de: nº de test del aliento con urea marcada con ^{13}C (TU) realizados, ajustes a la indicaciones del test, establecidas en el protocolo consensuado en 2014, y resultado del test, terapia/s erradicadora/s prescrita/s, pautas, dosis y efectividad de la misma.

Cronograma:

Enero-Marzo: Actualización del protocolo de forma consensuada.

Abril- Mayo: Preparación del material para la realización del curso y las posteriores sesiones formativas.

Junio: Realización del curso "Manejo y Tratamiento del test del Helicobacter Pylori" dirigido a responsables URM (Z2-0289/2017) y distribución de material para su realización en los centros de salud del sector. Los responsables de la realización del curso fueron (formación de formadores): Belén Pina Gadea y Cristina Gómez Baraza. Fecha: 13/06/2017. Lugar de realización: Centro de Salud Seminario. El material formativo se proporcionó a través del correo institucional.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1539

1. TÍTULO

ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

Junio- Diciembre: Formación de los equipos del sector mediante sesiones formativas. Los responsables de difundir la información en los EAP fueron los responsables de URM de los centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a los indicadores marcados:

-Actualización del protocolo consensuado entre Atención Primaria y Atención especializada: SI. Objetivo cumplido respecto al estándar marcado.

-Difusión de las nuevas recomendaciones y pautas de tratamiento mediante la realización de un curso formativo dirigido a responsables de URM de los equipos: SI. Objetivo cumplido respecto al estándar marcado.

En aquellos equipos que no pudieron asistir al curso además de facilitarles todo el material, como al resto de los centros, se les dio la opción de recibir la sesión por parte del servicio de farmacia, en su propio centro en la fecha que mejor se adaptara a su disponibilidad. Esta posibilidad solo se solicitó por un centro de Salud. En otro equipo, que tampoco pudo acudir a la cita fijada, se puso en contacto con el Servicio de Farmacia y planteo algunas dudas, las cuales se le resolvieron a través de una consulta telefónica.

- Porcentaje de EAPs en los que se ha realizado la sesión formativa: 63,15%. Este porcentaje es provisional, ya que las sesiones formativas que están pendientes se realizarán en el próximo mes de diciembre.

Para conocer el porcentaje de EAPs que realizaron la sesión en su correspondiente centro se pidió a los responsables de URM que remitieran al servicio de farmacia de AP del sector la fecha de realización de dicha sesión y que se aportarían las hojas de firmas de los asistentes.

- En la evaluación de la situación de partida: Datos del estudio piloto:

- El 80,1% de los pacientes a los que se realizó el test se adhirieron a los criterios de indicación recogidos en el protocolo consensuado y el 19,9% no.

- De 306 test de la ureasa realizados en el centro de salud estudiado durante el año 2016, 204 fueron realizados para un primer diagnóstico y 102 fueron de confirmación de efectividad del tratamiento.

- El porcentaje de pacientes con triple terapia fue del 67,3% y con cuádruple terapia del 25,7%.

- La efectividad global de la triple terapia fue del 67,2% versus 85,7% con terapia cuádruple ($p=0,051$). Datos obtenidos del análisis del estudio piloto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La posibilidad de consensuar protocolos y recomendaciones es una opción a valorar siempre que sea factible, ya que la acción coordinada y estratégica de dos ámbitos asistenciales siempre va a ser más eficaz que programas más locales y aislados.

Se observa un elevado grado de adherencia a las recomendaciones consensuadas entre niveles asistenciales, tanto a nivel de indicación como a nivel de tipo de terapia aplicada.

La estrategia para difundir una información mediante la formación de formadores, aunque planteada como una forma rápida de comunicación, requiere contar con el esfuerzo, compromiso y disponibilidad de otros profesionales, además de estar supeditado a la disponibilidad de los EAPs para la organización de las sesiones formativas.

La valoración de estrategias que tengan una repercusión multifactorial (diagnóstico, tratamientos combinados, indicaciones...) son difícilmente evaluables con las herramientas disponibles y requieren realizar un estudio con extracción manual de la información y posterior tratamiento de la información, esto supone un mucho tiempo y un profesional dedicado a su valoración.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1539 ===== ***

Nº de registro: 1539

Título
ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

Autores:
GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA, AZNAR CARBONELL ANGEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1539

1. TÍTULO

ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La infección por HP en España tiene una prevalencia en torno al 55%, y juega papel básico en la génesis de patologías tan frecuentes como la gastritis crónica o la úlcera péptica. Hay múltiples fármacos para su erradicación, por ello la determinación de pautas de erradicación efectivas y eficientes, adquiere gran relevancia.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general
Mejorar la seguridad del paciente

Objetivos secundarios:

1. Proporcionar recomendaciones para el uso correcto de las pruebas diagnósticas, en el ámbito de la atención primaria y también en el de atención hospitalaria
2. Proporcionar recomendaciones de las pautas farmacológicas de primera elección teniendo en cuenta para ello las resistencias a los antibióticos encontradas en nuestro ámbito, así como aquellas pautas recomendadas en caso de pacientes en los que ha fallado el tratamiento de elección.
3. Evitar derivaciones al servicio de digestivo para la realización de pruebas invasivas que pueden comprometer la seguridad del paciente

MÉTODO

Revisión del protocolo actual para su actualización, e incorporar las últimas evidencias sobre recomendaciones de tratamiento.

Difusión activa de las recomendaciones de indicación de la prueba diagnóstica, así como de las pautas de tratamiento, a todos los equipos de AP, a través de SESIONES FORMATIVAS, integradas en el plan de formación de los equipos.

INDICADORES

- Actualización de un protocolo consensuado entre atención primaria y atención especializada. SI/NO
- Difusión de las nuevas recomendaciones y pautas de tratamiento mediante la realización de curso formativo dirigido a los responsables del Uso Racional del Medicamento (URM) de los EAPs. SI/NO
- Porcentaje de EAPs en los que se ha realizado la sesión formativa.

DURACIÓN

- Enero-Marzo 2017: Actualización del protocolo
- Abril-Mayo 2017: Preparación del material para la realización del curso y sesiones formativas.
- Junio- Septiembre 2017: Difusión y formación en todos los EAP Sector II Zaragoza

OBSERVACIONES

La consecución de este proyecto está supeditado a que desde los EAPs se nos faciliten las fechas de realización de las sesiones formativas.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1591

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LA DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE MARTINEZ DEL AMO
· Profesión INFORMatico/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ SORIA OSCAR
MONCADA PEREZ ANA PILAR
NOSTI ESCANILLA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un script para windows que permite la impresion de los documentos PDF de los AP6, de forma automatizada.

Se ha instalado y configurado en el ordenador de la persona responsable de los AP6 del sector II, configurandose en la impresora indicada.

Ha habido reunion con el jefe del servicio de clientes y el de informática para planificar las acciones.

Se ha procedido a enseñar al usuario el manejo del script.

Se ha realizado una copia de seguridad de todo el trabajo realizado con los partes de variación, sistematizándola y organizándola.

Finalmente se ha recopilado los resultados y consultado la experiencia del script con el usuario.

Aparte del script se ha elaborado una guía de uso y documentado toda la elaboración e instalación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El script retrasó su puesta en marcha un mes, hasta el 5 de octubre de 2017 por imposibilidad de formar a la persona antes de esa fecha, por diferencias de fechas de vacaciones.

Desde la instalación ese día se ha utilizado el script en su totalidad, no se ha vuelto a usar el sistema manual.

Se han realizado 4762 impresiones de AP6 en 335 impresiones, lo que representa un ahorro de tiempo considerable de la persona encargada del trabajo, así como ahorra la revisión manual que se hacía antes al quedar todo contado y registrado, evitándose la pérdida de documentación sensible y todo lo que conlleva.

respecto a los indicadores de evaluación y seguimiento:

- Script elaborado: SI

- Documentos tratados 4762, llegando al 100% desde el día de implantación.

- Usos totales de la aplicación 335

El resultado ha sido superior a lo esperado, ya que al ahorrar tanto tiempo de trabajo y verificación ha pasado a ser el único método utilizado.

Los datos los ha proporcionado el usuario y el propio script que registra todo el trabajo realizado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El script ha respondido bien a las necesidades del puesto de trabajo de tal forma que ahora es el único método utilizado.

Se puede replicar a otros puestos de gestión administrativa que tengan un gran volumen de trabajo con la gestión de documentación con pequeñas adaptaciones.

El proyecto no necesita coste adicional para su continuidad y se sigue utilizando actualmente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1591 ===== ***

Nº de registro: 1591

Título
MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LA DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARTINEZ DEL AMO FRANCISCO JOSE, SANCHEZ SORIA OSCAR, MONCADA PEREZ ANA PILAR, NOSTI ESCANILLA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1591

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LA DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Continuación del área de mejora del acuerdo de gestión del servicio, en la que se parametriza y configuran los equipos multifunción de los centros para el envío de los partes de variación y otras documentaciones. Para realizar el tratamiento automatizado y por lotes del proceso posterior a la recepción, disminuyendo el tiempo empleado en la gestión individualizada de cada uno, y generando un registro informático con los datos de su tratamiento que evite pérdidas de documentación y permita seguir la trazabilidad de cada parte de variación. Actualmente, tras recibir por correo electrónico los partes de variación, se descargan e imprimen uno a uno, para su posterior introducción en el sistema informático correspondiente. En periodos de tiempo concretos, el volumen de documentación recibida es muy elevado y su realización manual es lenta y dificultosa.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la recepción, impresión y archivo de los partes de variación de forma que sea automatizado y por lotes, que se pueda realizar por más de un documento cada vez y evitando la pérdida de documentación. Generación de registros o huellas de cada operación realizada, asegurando la fecha y hora del tratamiento, así como una copia de los documentos.
Facilitar el trabajo administrativo realizado en otros servicios de la dirección de atención primaria del sector II.

MÉTODO
Instalación y configuración de un software que permita la impresión de documentos PDF, en la impresora a elegir, desde línea de comandos y por lotes.
Creación de un Script para Windows que gestione por el usuario la impresión de los documentos, su archivo por fechas y la realización de un registro de los documentos, que incluya nombre fecha y hora de cada intervención.
Fase de implantación en el servicio.
Análisis de resultados.

INDICADORES
Script elaborado, SI/NO
Número de documentos tratados por el nuevo sistema respecto del total, siendo un mínimo del 60% a partir de la fase de implantación.
Número total de usos de la aplicación

DURACIÓN
Creación del Script, Junio-Julio 2017
Instalación y fase de implantación, Agosto 2017.
Seguimiento Septiembre -Diciembre 2017.
Evaluación, enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0141

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

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
SAMPIETRO ARCAS NURIA
SANZ ABOS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha procedido a administrar a la totalidad de los pacientes con diagnóstico de asma bronquial que acuden a revisión a consultas externas de Neumología, el test para evaluar el grado de control de la enfermedad (ACT). El resultado del mismo ha sido incluido en la historia clínica y/o en los informes de consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La valoración objetiva mediante este test, del grado de control de la enfermedad ha permitido una valoración médica más completa, además de servir para ajustar el tratamiento médico y/o insistir en la adherencia al mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración muy positiva por parte de médicos y enfermería de esta herramienta, lo que ha permitido que se mantenga en el tiempo hasta la fecha actual. Se ha obtenido colaboración por parte de los pacientes en la totalidad de los casos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/141 ===== ***

Nº de registro: 0141

Título
IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA

Autores:
ANORO ABENOZA LAURA, GOMEZ GONZALEZ CRISTINA, CORTES SANTIDRIAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

TEMAS
Sexo Ambos sexos
Edad Adultos
Tipo Patología Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se calcula que entre el 50 y el 70% de los pacientes asmáticos en nuestro medio no tienen bien controlada su enfermedad, lo que incide de forma notable en su calidad de vida. El objetivo actual del tratamiento es alcanzar y mantener el control.
El test de control del asma (ACT) es la herramienta que recomienda la Guía Española para el Manejo del Asma, ya que permite de forma objetiva determinar el grado de control de la enfermedad, siendo de gran ayuda para ajustar el tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1.-Administrar a todos los pacientes asmáticos que acudan a revisión en consulta general de Neumología el cuestionario de control del asma (ACT).
2.-Identificar a los pacientes no controlados (ACT = 20 puntos) para ajustar su tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0141

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA

MÉTODO

Se administrará el cuestionario ACT a todos los pacientes asmáticos que acudan a revisión (tanto si llevan tratamiento previo para el asma bronquial como si no se estableció tratamiento en la primera visita).

En función de la puntuación obtenida, se procederá a incrementar/desescalar el tratamiento médico con la ayuda de esta herramienta.

INDICADORES

- 1.-Número de pacientes asmáticos a los que se realiza Test de Control del asma.
- 2.-Número de pacientes con control deficitario de la enfermedad (puntuación inferior a 20 puntos).
- 3.-Número de pacientes en los que es preciso modificar el tratamiento crónico con la ayuda de esta herramienta.

DURACIÓN

Periodo de inclusión de pacientes de un año (desde Octubre 2016 a Octubre 2017).
Seguimiento periódico posterior (cada tres, seis o 12 meses en función del grado de control y de la severidad de la enfermedad).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0440

1. TÍTULO

IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A INHALADORES (TAI)

Fecha de entrada: 22/02/2018

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.
ANORO ABENOZA LAURA
SAMPIETRO ARCAS NURIA
SANZ ABOS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Test de adherencia a inhaladores.

Educación de la técnica inhalatoria.

Posterior valoración del uso del dispositivo a través del test de adherencia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cumplimiento y adhesión al dispositivo tras la enseñanza de la técnica inhalatoria valorado mediante Tai.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Resulta imprescindible emplear tiempo e insistir en la técnica inhalatoria para una correcta adhesión al inhalador

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/440 ===== ***

Nº de registro: 0440

Título
IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A LOS INHALADORES (TAI)

Autores:
GOMEZ GONZALEZ CRISTINA, ANORO ABENOZA LAURA, CORTES SANTIDRIAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

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

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

PROBLEMA
- En pacientes con EPOC la adhesión a su tratamiento es imprescindible para alcanzar y mantener el control de la enfermedad. Una baja adhesión a los inhaladores se asocia consistentemente a un aumento de la morbimortalidad, por lo que resulta imprescindible determinar el grado de adhesión al tratamiento en cada paciente.

- La principal causa de esta baja adherencia es que el paciente sobreestima el uso del inhalador por lo que en nuestro proyecto vamos a utilizar cuestionarios validados en la práctica clínica diaria para identificar la adhesión al tratamiento.

- El proyecto es útil porque valorando la adhesión al tratamiento e identificando cuáles son las barreras para que ésta se produzca podremos generar una estrategia asistencial individualizada a cada paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0440

1. TÍTULO

IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A INHALADORES (TAI)

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar pacientes con baja adhesión al tratamiento. - Identificar las barreras que les impiden el cumplimiento del tratamiento.
- Elaborar una estrategia asistencial individualizada.
- Disminuir el número de agudizaciones (visitas a Urgencias, Ingresos hospitalarios)

MÉTODO

- Identificar en la visita médica pacientes con EPOC y tratamiento con inhaladores. (Responsable: Dra Gómez/Anoro)
- Complimentar el Test de Adherencia a los Inhaladores (TAI) validado por la Sociedad Española de Neumología (SEPAR). El paciente debe cumplimentar 10 preguntas y el profesional sanitario 2. (Responsable enfermera Ana Cortés)
- Establecer las medidas correctoras pertinentes en la visita médica. (Responsable: Dra Gómez/Anoro)
- Comprobar la efectividad de las medidas correctoras. Valorar el control de la enfermedad (Responsable: Dra Gómez/Anoro)

INDICADORES

- Grado de adherencia a la terapia inhalada a través del cuestionario TAI en cada visita médica.
- Estabilidad de la enfermedad. Número de agudizaciones toma de corticoides sistémicos, antibióticos, visitas a Urgencias, ingresos hospitalarios.

DURACIÓN

- Inicio: Septiembre 2016
- Finalización: Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0605

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JUANA MARIA MORELLI BENITEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD CEBOLLA JUAN CARLOS
ASIN LASIERRA ASCENSION
BIELSA VALDOVINOS CARMELO
GRACIA REMACHA MARIA ANGELES
LAZARO FIERRO MARIA ANGELES
PARRILLA MARZO JUAN
SANCHEZ VILLAVARDE GREGORIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Creación de un grupo de formadores para encargarse de la formación de las nuevas incorporaciones al Servicio
- 2.- Elaboración de un documento "cheeklist" para ser respondido al finalizar el periodo de formación tanto por el formador como por el formado. El periodo de formación será de 15 días, una semana se formará en la ventanilla de urgencias y otra en ingresos tanto programados como urgentes.
- 3.- Dar formación a los integrantes del Servicio para mejorar las relaciones interpersonales y conseguir relaciones cordiales y eficaces con los usuarios, los propios compañeros y resto de personal.
- 4.- Realización de un tríptico con mensajes simples y eficaces para mejorar la actitud de los componentes del Servicio.
- 5.- Actualizar el documento del protocolo de actuación del Servicio en Admisión urgencias y hospitalización
- 6.- Llevar a cabo reuniones informativas y motivacionales con todos los trabajadores, personal administrativo, del Servicio de Admisión de urgencias y hospitalización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este proyecto fue satisfactorio, en el pudimos recoger información, inquietudes, frustraciones y desacuerdos de una parte importante del Servicio.
Ha sido un trabajo exploratorio en el que no ha habido medidas objetivas, solamente percepciones subjetivas y apreciaciones positivas sobre el cambio actitudinal hechas por personas ajenas al Servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- Es necesaria la comunicación efectiva y bidireccional entre los mandos intermedios y el resto de trabajadores.
- 2.- Es importante detenerse y reflexionar juntos sobre el trabajo diario.
- 3.- Las actitudes se pueden cambiar con motivación y sobre todo con el ejemplo de los mandos intermedios.
- 4.- Es necesario explicar a todos los trabajadores la importancia de su trabajo para la institución.
- 5.- La formación continuada es imprescindible para evitar la desmotivación, prevenir actitudes negativas y para mantener estándares de calidad elevados.
- 6.- Nuestro Servicio se ha comprometido a llevar a cabo mediciones objetivas, p.e con encuestas de satisfacción de los cambios actitudinales.
- 7.- Ante las nuevas incorporaciones de personal administrativo queremos trabajar desde el principio y ofrecerles formar parte de grupos de trabajo de nuestro Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/605 ===== ***

Nº de registro: 0605

Título
CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO

Autores:
MORELLI BENITEZ JUANA MARIA, ABAD CEBOLLA JUAN CARLOS, ASIN LASIERRA MARIA ASCENSION, BIELSA VALDOVINOS CARMELO, CORTES GOMEZ MARIA LUISA, GRACIA REMACHA MARIA ANGELES, SANCHEZ VILLAVARDE GREGORIO, LAZARO FIERRO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0605

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO

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

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ATENCION AL USUARIO
ACOGIDA NUEVOS TRABAJADORES
RELACIONES INTERNAS CON RESTO PERSONAL

RESULTADOS ESPERADOS
APRENDER A GESTIONAR EL ESTRES
APRENDER HABILIDADES SOCIALES QUE MEJOREN EL TRATO Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES

MÉTODO
1º CREACION DEL GRUPO (3 MANDOS INTERMEDIOS Y 5 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS)
2º ESTUDIO DE LAS AREAS DE MEJORA ENTRE TODOS LOS COMPONENTES.
3º FORMACIÓN

INDICADORES
UTILIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN YA EXISTENTES Y COMPARARLAS CON OTRAS SEMEJANTES AL FINALIZAR EL PROYECTO

DURACIÓN
NOVIEMBRE 2016 - MAYO 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Fecha de entrada: 25/02/2018

2. RESPONSABLE RAMIRO ALVAREZ ALEGRET
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

YUS GOTOR CARMEN
HAKIM ALONSO SOFIA
BLASCO ADIEGO ROSA
LOPEZ PRIETO PILAR
MARTIN LARDIES SOFIA
COY ALDANA DAMARIS
FONTANA JUSTES ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º Reuniones informativas y de Formación al personal de quirófano: Preredactadas, pendientes de redacción definitiva para solicitar Acreditación
2º Registro de las correspondientes encuestas de satisfacción: La encuesta de conocimientos de preanalítica se halla realizada, pendiente de su remisión a los Sº implicados
3º Registro de incidencias en el registro del Sº de AP. Se han registrado por los técnicos, e incorporadas a una hoja de cálculo por le Jefa de equipo administrativo. Se ha realizado una primera evaluación.
4º Registro de No Conformidades en registro del Sº de AP, que implican un rechazo de la muestra. Existe un formato ya diseñado para que el personal de quirófano sea informado de ello, y de las medidas correctoras necesarias para su aceptación.
5º Registro del Nº de reuniones del Grupo de Mejora. Se ha realizado una primera reunión.
6º Seguimiento diagnóstico de los casos de No Conformidad, para evaluar su trascendencia en el diagnóstico final anatomopatológico (preservación deficitaria que implique déficits en la valoración morfológica o de las técnicas especiales, imposibilidad de realizar un diagnóstico y su comunicación final al Sº de procedencia,...): Datos recogidos, parcialmente analizados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

* Redacción de la encuesta de conocimientos de Preanalítica para el áreas de quirófanos, pendiente de remisión.
3º Registro de incidencias y no conformidades en el registro del Sº de AP. Se han registrado 380

Bote sin identificación demográfica	120
No coinciden botes con los consignados	116
Informe sin identificación demográfica	52
Formol derramado	46
Muestra en fijador incorrecto o sin fijar	17
No coinciden datos demográficos con muestra	16
Falta informe de petición	9
Bote vacío	3
Cristal roto	1*

* Seguimiento diagnóstico de los casos de No Conformidad: Pendiente de estudio, aunque las causas más frecuentes (1ª y 2ª) ya se ha referido a las Unidades implicadas

Nota: Se ha redactado una breve memoria del Proyecto, análisis preliminar, posibles soluciones en cuanto a instrucciones y material, que se puede adjuntar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1º Recogida de datos: Es la principal actividad realizada, de forma sistemática y exhaustiva.
2º Valoración primeros resultados: Los principales eran los esperables en cuanto a incidencias y no conformidades en la recepción de las muestras.
3º Encuestas y sesiones informativas: Pendientes de remisión, y la segunda de redacción definitiva y acreditación.
4º No se ha podido realizar todavía una evaluación trimestral de los resultados para conocer la evolución de las medidas a adoptar.

7. OBSERVACIONES.

Se puede adjuntar una memoria más ampliada con índice, tarea realizada, diagrama de causa-efecto (Isikawa), instrucciones y soluciones materiales.

Esperamos en un 2º ciclo de Proyecto de Mejora cumplir las tareas no realizadas y finalizarlo.

Existe el compromiso, ligado al Concurso de Técnicas Automatizadas y con la ayuda y experiencia de la empresa ICSA, de Acreditar los Sº de Anatomía Patológica de Acreditar los alcances de cáncer de mama y de pulmón este año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1293 ===== ***

Nº de registro: 1293

Título
INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Autores:
ALVAREZ ALEGRET RAMIRO, YUS GOTOR CARMEN, GARCIA GARCIA MAR, BLASCO ADIEGO ROSA, LOPEZ PRIETO PILAR, MARTIN LARDIES SOFIA, COY ALDANA DAMARIS, FONTANA JUSTE ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA NEOPLASICA Y NO NEOPLASICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Anatomía Patológica recibe muestras citohistológicas para ser analizadas y emitir un diagnóstico preciso, además de proporcionar variables que constituirán factores pronósticos y predictivos de la enfermedad. De especial relevancia es la fase preanalítica (todo el proceso desde la hoja de solicitud y toma de muestra hasta su recepción en el Servicio). De su correcta cumplimentación depende no sólo la valoración morfológica, sino también todas las técnicas complementarias, cada vez más numerosas y complejas, que exigen una óptima calidad de las muestras.

Situación de partida:

Desde 2003 el Servicio participa en los Programas de Calidad del Salud, y desde 2014 dispone de un sistema de trazabilidad, que junto con el registro y gestión de incidencias y el aseguramiento de la Calidad, son los pilares de la Acreditación.

Nos planteamos toda la fase preanalítica hasta el registro, para asegurar los requisitos de Seguridad clínica (prioridad de la organización)

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Mejora de la Seguridad Clínica (paciente/personal hospitalario).

Objetivos específicos:
Mejorar la información y formación en el conocimiento de los requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Optimización en la toma, manipulación y transporte de las muestras.
Plan de mejora continua y control de indicadores de calidad específicos en el bloque quirúrgico.
Repercusión de las no conformidades en el diagnóstico final.

MÉTODO
Encuesta sobre conocimientos/requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Plan de comunicación y Formación el personal (personal médico, enfermería, subalterno, y auxiliar administrativo):
Concienciación de la importancia de la preanalítica en el diagnóstico final del proceso.
Información sobre la Cartera de Servicios de Anatomía Patológica, y de posibles ampliaciones, si necesitasen instrucción preanalítica específica.
Seguridad del paciente: Datos completos de filiación, etiquetado del recipiente, concordancia con hoja de petición, referencia de la hora de la toma en el volante,...
Seguridad del personal: Correcta toma, manipulación, y remisión en fresco/con fijador, conocimientos de riesgos laborales, condiciones del transporte, horario de remisión,...
Aplicación de circuito de mejora en base a registro de incidencias y control de indicadores, para el que se proponen reuniones periódicas.
Trabajo de campo inicial, destinado a identificar puntos débiles/oportunidades de mejora.
Encuesta de satisfacción (anuales).
Cooperación con Grupos de Calidad del área quirúrgica, y Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

INDICADORES

Registro de N° de reuniones informativas y de Formación al personal de quirófano.
Registro de las encuestas de satisfacción. Evaluación anual.
Registro de incidencias en el registro del S° de AP, incorporadas a una hoja de cálculo. Evaluación trimestral. Se evaluará como positiva una disminución de un 20% en dichos controles.
Registro de No Conformidades que implican un rechazo de la muestra. Existe formato diseñado para que el personal de quirófano sea informado de ello, y de las medidas correctoras necesarias para su aceptación. La muestra sería retenida y manipulada para evitar su deterioro y ser correctamente procesada, y en caso de no concordancia hoja solicitud/muestra, se requerirá que personal autorizado se presente para su resolución.
Registro del N° de reuniones del Grupo de Mejora. Evaluación trimestral de datos.
Seguimiento de los casos de No Conformidad, para evaluar su trascendencia en el diagnóstico final.

DURACIÓN

La estimación es de un año, prorrogable en base a los resultados, aunque se incorporará al Programa de Calidad con las correspondientes modificaciones que sugieran las evaluaciones.

Calendario:

La confección y solicitud de acreditación de las Jornadas de Formación del Personal se realizarán inmediatamente, para su puesta en marcha en dos meses.
Se contactará de inmediato con el Personal de quirófano para iniciar las primeras reuniones para informar del proyecto y programar la información y la Formación.
Formación: será impartida por los distintos miembros del Grupo de Mejora.
Evaluación trimestral del mismo, que coincide con la mayor parte de los indicadores.

OBSERVACIONES

Este proyecto forma parte de un Proyecto de mayor dimensión, la Acreditación del Servicio, en alcances previamente programados y progresivos, en Norma ISO 15189.

Clasificación del proyecto:

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE RAMIRO ALVAREZ ALEGRET
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

YUS GOTOR CARMEN
MARQUINA IBAÑEZ ISABEL
BLASCO ADIEGO ROSA
LOPEZ PRIETO PILAR
MARTIN LARDIES SOFIA
COY ALDANA DAMARIS
MARQUEZ LARRAZ VIOLETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Servicio ha implementado un Plan de Acreditación en NORMA ISO 15189 en los alcances de Mama y Pulmón, en el contexto de un Programa de Acreditación en Laboratorios del propio SALUD, Sector II y Servicio, tras la reactivación de su Grupo de Calidad.

En colaboración con la empresa ICSA, contratada a través del Concurso de Técnicas Automatizadas autonómico, se ha reorganizado toda la política de Calidad, y Documentos asociados comunes a todos los Servicios, que figurarán en la Intranet del SALUD, y en nuestra propia Intranet local, homogéneos con el resto de Laboratorios.

1º Se han redactado y consensado 18 Procedimientos técnicos (Preanalíticos, Analíticos (técnicos y Diagnósticos), y Postanalíticos.

2º Se han redactado y consensado los correspondientes Documentos de Registro:

- Preanalíticos
- Analíticos técnicos
- Analíticos diagnósticos
- Postanalíticos
- Equipos
- Documentos
- No conformidades
- Manual de Calidad y Auditorías
- Personal
- Compras
- Plan de contingencia y Riesgos
- Actas

3º Registro de incidencias en el registro del Sº de AP. Se han registrado por los técnicos, e incorporadas a una de cálculo común, actualizado, y que subtipifica el área de las incidencias

4º Registro de No Conformidades en registro del Sº de AP, que implican un rechazo de la muestra. Se ha actualizado el formato, acorde con el resto de Laboratorios.

5º Registro del Nº de reuniones del Grupo de Mejora: Se realizan actas de todas las reuniones, revisiones, control de calidad interno y externo, no conformidades,...

6º Seguimiento diagnóstico de los casos de No Conformidad: Datos recogidos, parcialmente analizados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º Nos hallamos en la fase de documentación de Calidad redactada y actualizada, revisada en una revisión por la empresa ICSA el 7/3/2019.

2º Auditoría interna pendiente, el día 2/4/2019.

3º Este proyecto de mejora figura como objetivo Nº 2 entre los 6 recogidos en el Plan de Acreditación en los alcances pactados de mama y pulmón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Acreditación en Norma ISO es un requisito considerado prioritario por el Servicio y el SALUD, que requiere tiempo, perseverancia, trabajo en equipo, y unas necesidades en forma de recursos técnicos y humanos (tiempo, en forma de jornadas de tarde para personal médico, técnico y administrativo), que se han solicitado oficialmente y no se han concedido. Merece la pena valorar este hecho ante la presión asistencial de nuestros Servicios, y las coyunturas actuales, que exigen también un esfuerzo de las Direcciones/Gerencias.

7. OBSERVACIONES.

Los distintos documentos redactados y consensados de hallan a disposición de los coordinadores de Calidad del Sector y del Salud, en formato PDF/NO editable.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1293 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Nº de registro: 1293

Título
INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Autores:
ALVAREZ ALEGRET RAMIRO, YUS GOTOR CARMEN, GARCIA GARCIA MAR, BLASCO ADIEGO ROSA, LOPEZ PRIETO PILAR, MARTIN LARDIES SOFIA, COY ALDANA DAMARIS, FONTANA JUSTE ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA NEOPLASICA Y NO NEOPLASICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Anatomía Patológica recibe muestras citohistológicas para ser analizadas y emitir un diagnóstico preciso, además de proporcionar variables que constituirán factores pronósticos y predictivos de la enfermedad. De especial relevancia es la fase preanalítica (todo el proceso desde la hoja de solicitud y toma de muestra hasta su recepción en el Servicio). De su correcta cumplimentación depende no sólo la valoración morfológica, sino también todas las técnicas complementarias, cada vez más numerosas y complejas, que exigen una óptima calidad de las muestras.

Situación de partida:

Desde 2003 el Servicio participa en los Programas de Calidad del Salud, y desde 2014 dispone de un sistema de trazabilidad, que junto con el registro y gestión de incidencias y el aseguramiento de la Calidad, son los pilares de la Acreditación.

Nos planteamos toda la fase preanalítica hasta el registro, para asegurar los requisitos de Seguridad clínica (prioridad de la organización)

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Mejora de la Seguridad Clínica (paciente/personal hospitalario).

Objetivos específicos:

Mejorar la información y formación en el conocimiento de los requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Optimización en la toma, manipulación y transporte de las muestras.
Plan de mejora continua y control de indicadores de calidad específicos en el bloque quirúrgico.
Repercusión de las no conformidades en el diagnóstico final.

MÉTODO

Encuesta sobre conocimientos/requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Plan de comunicación y Formación al personal (personal médico, enfermería, subalterno, y auxiliar administrativo):
Concienciación de la importancia de la preanalítica en el diagnóstico final del proceso.
Información sobre la Cartera de Servicios de Anatomía Patológica, y de posibles ampliaciones, si necesitasen instrucción preanalítica específica.
Seguridad del paciente: Datos completos de filiación, etiquetado del recipiente, concordancia con hoja de petición, referencia de la hora de la toma en el volante,...
Seguridad del personal: Correcta toma, manipulación, y remisión en fresco/con fijador, conocimientos de riesgos laborales, condiciones del transporte, horario de remisión,...
Aplicación de circuito de mejora en base a registro de incidencias y control de indicadores, para el que se proponen reuniones periódicas.
Trabajo de campo inicial, destinado a identificar puntos débiles/oportunidades de mejora.
Encuesta de satisfacción (anuales).
Cooperación con Grupos de Calidad del área quirúrgica, y Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

INDICADORES

Registro de Nº de reuniones informativas y de Formación al personal de quirófano.
Registro de las encuestas de satisfacción. Evaluación anual.
Registro de incidencias en el registro del Sº de AP, incorporadas a una hoja de cálculo. Evaluación trimestral. Se evaluará como positiva una disminución de un 20% en dichos controles.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Registro de No Conformidades que implican un rechazo de la muestra. Existe formato diseñado para que el personal de quirófano sea informado de ello, y de las medidas correctoras necesarias para su aceptación. La muestra sería retenida y manipulada para evitar su deterioro y ser correctamente procesada, y en caso de no concordancia hoja solicitud/muestra, se requerirá que personal autorizado se presente para su resolución.

Registro del N° de reuniones del Grupo de Mejora. Evaluación trimestral de datos.

Seguimiento de los casos de No Conformidad, para evaluar su trascendencia en el diagnóstico final.

DURACIÓN

La estimación es de un año, prorrogable en base a los resultados, aunque se incorporará al Programa de Calidad con las correspondientes modificaciones que sugieran las evaluaciones.

Calendario:

La confección y solicitud de acreditación de las Jornadas de Formación del Personal se realizarán inmediatamente, para su puesta en marcha en dos meses.

Se contactará de inmediato con el Personal de quirófano para iniciar las primeras reuniones para informar del proyecto y programar la información y la Formación.

Formación: será impartida por los distintos miembros del Grupo de Mejora.

Evaluación trimestral del mismo, que coincide con la mayor parte de los indicadores.

OBSERVACIONES

Este proyecto forma parte de un Proyecto de mayor dimensión, la Acreditación del Servicio, en alcances previamente programados y progresivos, en Norma ISO 15189.

Clasificación del proyecto:

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1588

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF) EN EL Sº DE ANATOMIA PATOLOGICA POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ANA BELEN ROCHE LATASA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE ARREGUI SANDRA
TORRECILLA IDOIBE NEREA
TRIGO CEBRIAN MIGUEL ANGEL
VISO SORIANO MARIA JESUS
FRANCO RUBIO JOSE IGNACIO
MALO NIEVEDES VERONICA
CARRASCO MARTINEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del borrador del tríptico informativo y de la encuesta a realizar a los pacientes, con reuniones periódicas, para decidir el formato de los trípticos.
Arbol de decisión para valorar la manera de informar a los pacientes y solicitarles la realización de la encuesta.
Metodología a realizar para garantizar la privacidad del paciente, para rellenar la encuesta y para estar a su disposición para cualquier duda que pudiera surgirles con el procedimiento a realizar.
La explicación de la actividad a realizar es en primer lugar por parte del técnico de punciones con la entrega del material informativo y de la encuesta y en segundo lugar del profesional a realizar la actividad, en este momento se le preguntara al paciente por las dudas que pudiera tener y con posterioridad a la punción se recogería la encuesta de satisfacción.
No se han empleado recursos económicos hasta el momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración del tríptico informativo y del modelo de encuesta a realizar, se ha cumplido el standard marcado. En este momento no se puede valorar el impacto del proyecto, dado que no se ha iniciado la entrega de documentación a los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo, es muy positiva, se intensifica y mejora la relación con el paciente, incrementándose la satisfacción por el trabajo realizado.
Nuestra siguiente fase es la implementación del proyecto.
Creemos que nuestro proyecto es sostenible y aportara datos para mejorar nuestra actividad diaria y además aumentara la satisfacción del paciente.
Este proyecto podría ser aplicado a cualquier servicio y actividad clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1588 ===== ***

Nº de registro: 1588

Título
PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF), EN EL Sº DE ANAT. PATOLOGICA, POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR

Autores:
ROCHE LATASA ANA BELEN, TORRECILLA IDOIBE NEREA, VICENTE ARREGUI SANDRA, MALO NIEVEDES VERONICA, TRIGO CEBRIAN MIGUEL ANGEL, CARRASCO MARTINEZ MERCEDES, FRANCO RUBIO JOSE IGNACIO, ECHEVARRIA NAVARRO PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1588

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCIÓN POR AGUJA FINA (PAAF) EN EL Sº DE ANATOMIA PATOLOGICA POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Se ha detectado en las consultas PAAF, un desconocimiento por parte de numerosos pacientes del procedimiento a realizar y de los objetivos y posibles decisiones terapéuticas que dicho procedimiento genera. Esto conlleva gran inquietud y numerosas dudas a nuestros pacientes, así mismo se añade el desconocimiento de los contenidos de nuestra especialidad por parte de la población, este hecho aumenta la incertidumbre en los pacientes a los que hay que debemos realizar esta prueba.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo primordial es que todos los pacientes tengan previa a la realización de la punción, la información necesaria sobre la prueba a realizar, el conocimiento de nuestra labor como patólogos y los pasos posteriores que pueden derivarse de este acto; así como implementar un plan de mejora de estas consultas con las sugerencias y la información que se obtengan de los pacientes a través de la encuesta de satisfacción.

MÉTODO

Elaboración de una encuesta anónima poblacional para conocer la satisfacción de la población atendida, las opiniones y dudas generadas, y las posibilidades de mejora en nuestras consultas, con toda la información obtenida. Dicha encuesta constara de 4 preguntas cerradas y una abierta, se le entregara al paciente antes de la realización de la PAAF y se le recogerá después. Con esta información se realizara un estudio para plantear las mejoras a realizar con los datos obtenidos.
Preparación de un folleto informativo sobre la labor del patólogo, con una explicación asequible del procedimiento a realizar y toda la información necesaria posterior a la realización de la prueba (como y donde recoger el resultado de dicha prueba, tiempo de espera, etc.....)
Estas actividades se llevaran a cabo por parte de un equipo multidisciplinar, que forma parte y participa de manera activa en las consultas PAAF, se incluyen facultativos, residentes y técnicos de laboratorio.
El material necesario sería acceso a un PC para la realización de la encuesta y el folleto.

INDICADORES

La fuente de datos serían todos los pacientes que acuden a nuestras consultas PAAF, como indicadores para monitorizar el proyecto y de calidad en nuestros resultados se valorara, que al menos uno de cada cuatro pacientes, responda a nuestra encuesta y poder obtener un mínimo de 50 encuestas completadas.

DURACIÓN

Tres años, con inicio en septiembre de 2017 y fin septiembre del 2020. Las actividades se llevarían a cabo por el equipo de la consulta PAAF, con una evaluación periódica mensual, por parte del coordinador del proyecto y el resto de personal medico adscrito al proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR HERRANZ 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.

CASSINELLO OGEA CONCEPCION
FRACA CARDIEL CONCEPCION
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
RODRIGUEZ CALVO CORAL
MATEO AGUDO JESUS JAVIER
GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA
SANZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Coordinación con servicio de endocrino para la derivación de pacientes malnutridos para su evaluación y tratamiento. Establecer circuito y dossier informativo para el paciente.
2. Consulta no presencial, donde se revisan electrónicamente a los pacientes recién incluidos en lista de espera para solicitar determinadas pruebas previas a la consulta de anestesia, y a su vez se revisan a los pacientes próximos a intervenir de cara a iniciar circuito de optimización nutricional o de su anemia o bien posponer su cirugía en el caso de alguna contraindicación sobrevenida entre la consulta de anestesia y la cirugía
3. Charla informativa a los anestesiólogos de traumatología para información de las novedades de este proyecto
4. Coordinación con hematología para control de los pacientes optimizados y transfundidos.
5. Coordinación con el servicio de endocrinología para detección y tratamiento de pacientes de bajo nivel nutricional
6. Coordinación con el servicio de medicina interna para derivación a la consulta de alta resolución de anemia de determinados pacientes.
7. Formación del personal de enfermería de la consulta de anestesia.
8. Continuar utilizando la infraestructura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados. Y mensualmente recogida de datos de los pacientes optimizados para su control.
9. Realización de tabla Excel de recogida de datos donde agrupar a los pacientes según unidad quirúrgica a la que pertenezcan

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Implicación cada vez mayor de los anestesiólogos de trauma, enfermería, responsables de sección de las unidades y en la realización del circuito que conlleva el proyecto.
2. Revisados 6222 pacientes desde lista de espera y desde listados de próximas cirugías a lo largo del 2018, de los cuales se detectaron 550 posibles pacientes con anemia a los cuales se envió analítica para completar el estudio. y de ellos 248 se incluyeron finalmente en el circuito de optimización.
3. Detección de 5 pacientes con patología digestiva que le provocaba la anemia y que fueron derivados al servicio de digestivo/ medicina interna.
4. Detección desde la consulta no presencial de 7 pacientes con una nueva comorbilidad que ha retrasado/anulado la indicación de cirugía, y uno de ellos fue exitus antes de la cirugía.
7. Disminución de la tasa de transfusión en pacientes operados de forma programada, concretamente en la unidad de artroplastia de cadera, ésta ha bajado durante estos años desde una tasa del 11% a una tasa del 3,1% del año 2017 a una actual de 2,39%. En la unidad de columna se sitúa entorno al 7% siendo las cifras previas alrededor del 15%.
8. En relación al nivel nutricional únicamente fue incluido un paciente en el grupo de optimización, por lo cual se llegó a la conclusión que el nivel nutricional de los pacientes de HRTQ sometidos a estas cirugías programadas era óptimo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Hay que hacer una labor constante de recuerdo a los distintos servicios implicados, de la importancia de la optimización prequirúrgica de la hemoglobina de sus pacientes de cara a disminuir la transfusión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES

sanguínea y sus complicaciones asociadas.

2. El tratamiento de la anemia en el preoperatorio es el factor que influye más positivamente en el descenso de la transfusión, y parece ser que ya hay una concienciación de este hecho entre los distintos servicios quirúrgicos.

3. Los pacientes sometidos a cirugía programada en HRTQ, no suelen presentar desnutrición

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/58 ===== ***

Nº de registro: 0058

Título
MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ SOMETIDOS A PTR, PTC, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIADA, SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Autores:

HERRANZ ANDRES PILAR, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, FRACA CARDIEL CONCEPCION, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, POLO PELLICENA MARCOS, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, RODRIGUEZ CALVO CORAL, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Musculoesquelética, neuroquirúrgica y cirugía reparadora de mama
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el año pasado ya se inició un proyecto de optimización de la hemoglobina de algunos pacientes quirúrgicos del área de HRTQ.

Este año se pretende continuar con las líneas básicas del anterior proyecto, así como ampliar a otras patologías la posibilidad de mejora, e ir corrigiendo a su vez, pequeños fallos que se han ido viendo durante la puesta en funcionamiento en el primer año de rodaje.

Se considera que el minimizar los niveles de anemia de estos pacientes, provoca unos resultados positivos tanto en el paciente como en el sistema, al disminuir posibles complicaciones/costes asociadas a la transfusión.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la tasa de transfusión sanguínea en aquellos pacientes incluidos en el proyecto

MÉTODO

- 1.Sesión clínica informativa para las unidades quirúrgicas/servicios responsables de los pacientes a optimizar. Dra Cassinello/ Dr. Gómez
2. Elaboración de un triptico informativo para los pacientes.Dra. Herranz
3. Elaboración de esquema recordatorio para los anestesiólogos de HRTQ. Dra Fraca
4. Elaboración de programa de intercomunicación con hematología revisable desde intranet (historia clínica electrónica del sector). Dra. Gonzalez
5. Formación del personal de enfermería asignado a la consulta de anestesia. Dr Polo/ Dra. Rodriguez
6. Continuar con la revisión de listas de espera, para detectar a posibles candidatos y actuar (se les pedirá analíticas de control por correo y dependiendo del resultado se iniciarán tratamientos vía oral) Responsables todos los anestesiólogos del proyecto
7. Continuar utilizando la infraestructura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados así como mejorar la intercomunicación en caso de dudas/ problemas que puedan surgir. Dra Oriden

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES

8.Revisión mensual de los pacientes a intervenir al mes siguiente, de cara a iniciar tratamientos iv, y detectar casos no optimizados por error. Dra. Herranz

9.Elaboración de encuesta de satisfacción para los pacientes optimizados. Dra Fraca

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes optimizados que reciben información por escrito.

Se obtendrá de la historia clínica

Indicador N°pac informados/ pac optimizados x 100

2.Pacientes que cumplen el protocolo

Se obtendrá de la historia clínica

Indicador: pac optimizados/ pac Incluidos en el protocolo x 100

DURACIÓN

Inicio Octubre 16 finalización Octubre 17

1. Sesión informativa Noviembre 16

2. Tríptico paciente Octubre 16

3. Esquema anestesiólogos Noviembre 16

4. Hematología Diciembre 16

5. Formación enfermería: Noviembre 16

6. Revisión lista de espera: mensualmente durante todo el año

7. Hospital de día: diciembre 16

8. Revisión lista de pacientes a operar mensualmente

9. Encuesta de satisfacción. Diciembre 16

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE PILAR HERRANZ 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.

OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
FRACA CARDIEL CONCEPCION
POLO PELLICENA MARCOS
GOMEZ GOMEZ ROBERTO
RODRIGUEZ CALVO CORAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración del tríptico informativo para el paciente.
2. Contacto con responsables de las distintas unidades implicadas en las cirugías a optimizar, para recordarles la importancia del proyecto de mejora, sus objetivos y repercusión en sus pacientes.
3. Continuar con la colaboración de la supervisora de hospital de día, para utilizar la unidad para la administración de los tratamientos y para que nos facilite la relación de pacientes optimizados de cara a un mayor control.
4. Contacto con la responsable de unidad de anemias (Dra. Gonzalez), y protocolización en las interconsultas que le realicemos para que aparezcan en la pestaña de otros informes en la historia clínica del paciente.
5. Formación continuada de anesthesiólogos implicados en el proyecto, con elaboración de esquema recordatorio de los pasos a dar ante un paciente con anemia.
6. Formación de la enfermera de la consulta de anestesia.
7. Aunque inicialmente no estaba en el proyecto, se ha creado una consulta no presencial, desde la que se revisa los pacientes que las distintas unidades implicadas en el proyecto piensan operar al mes siguiente, con el objetivo de:

- a) Detectar pacientes que son necesarios optimizar, para avisarles vía telefónica para que inicien el circuito para recibir el tratamiento pautado, desde la consulta de anestesia.
- b) Detectar pacientes que han presentado algún tipo de comorbilidad desde que fueron vistos en la consulta de anestesia y que pueda contraindicar la cirugía en el momento actual.
- c) Comunicación con los responsables de las distintas unidades sobre las incidencias encontradas al valorar las listas de cara a su modificación si fuese necesario.

Los informes sobre estos pacientes se crean en el HP Doctor y se pueden visualizar en la pestaña de otros informes de la historia clínica del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Implicación de los anesthesiólogos de trauma, enfermería, responsables de sección de las unidades y secretarías en la realización del circuito que conlleva el proyecto.
2. Revisados 2064 pacientes desde lista de espera a lo largo del 2017, de los cuales se detectaron 153 posibles pacientes con anemia a los cuales se envió analítica para completar el estudio.
3. Desde Octubre, 92 pacientes estudiados desde la consulta de anestesia y puesto tratamiento necesario.
4. Detección de 7 pacientes con neoplasia digestiva que le provocaba la anemia al ser derivados al servicio de digestivo y un paciente con mieloma que fué derivado a hematología.
5. Detección desde la consulta no presencial de 10 pacientes con una nueva comorbilidad que ha retrasado/anulado la indicación de cirugía.
6. Disminución de la tasa de transfusión en pacientes operados de forma programada, concretamente en la unidad de artroplastia de cadera, ésta ha bajado de una tasa del 11% a una tasa del 3,1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Hay que hacer una labor constante de recuerdo a los distintos servicios implicados, de la importancia de la optimización prequirúrgica de la hemoglobina de sus pacientes de cara a disminuir la transfusión sanguínea y sus complicaciones asociadas.
2. El tratamiento de la anemia en el preoperatorio es el factor que influye más positivamente en el descenso de la transfusión.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/58 ===== ***

Nº de registro: 0058

Título
MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DE HTRQ SOMETIDOS A PTR, PTC, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIADA, SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Autores:
HERRANZ ANDRES PILAR, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, FRACA CARDIEL CONCEPCION, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, POLO PELLICENA MARCOS, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, RODRIGUEZ CALVO CORAL, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Musculoesquelética, neuroquirúrgica y cirugía reparadora de mama
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el año pasado ya se inició un proyecto de optimización de la hemoglobina de algunos pacientes quirúrgicos del área de HRTQ.
Este año se pretende continuar con las líneas básicas del anterior proyecto, así como ampliar a otras patologías la posibilidad de mejora, e ir corrigiendo a su vez, pequeños fallos que se han ido viendo durante la puesta en funcionamiento en el primer año de rodaje.
Se considera que el minimizar los niveles de anemia de estos pacientes, provoca unos resultados positivos tanto en el paciente como en el sistema, al disminuir posibles complicaciones/costes asociadas a la transfusión.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la tasa de transfusión sanguínea en aquellos pacientes incluidos en el proyecto

MÉTODO
1.Sesión clínica informativa para las unidades quirúrgicas/servicios responsables de los pacientes a optimizar. Dra Cassinello/ Dr. Gómez
2. Elaboración de un triptico informativo para los pacientes.Dra. Herranz
3. Elaboración de esquema recordatorio para los anesthesiólogos de HRTQ. Dra Fraca
4. Elaboración de programa de intercomunicación con hematología revisable desde intranet (historia clínica electrónica del sector). Dra. Gonzalez
5. Formación del personal de enfermería asignado a la consulta de anestesia. Dr Polo/ Dra. Rodriguez
6. Continuar con la revisión de listas de espera, para detectar a posibles candidatos y actuar (se les pedirá analíticas de control por correo y dependiendo del resultado se iniciarán tratamientos vía oral) Responsables todos los anesthesiólogos del proyecto
7. Continuar utilizando la infraestructura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados así como mejorar la intercomunicación en caso de dudas/ problemas que puedan surgir. Dra Oliden
8.Revisión mensual de los pacientes a intervenir al mes siguiente, de cara a iniciar tratamientos iv, y detectar casos no optimizados por error. Dra. Herranz
9.Elaboración de encuesta de satisfacción para los pacientes optimizados. Dra Fraca

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes optimizados que reciben información por escrito.
Se obtendrá de la historia clínica
Indicador N°pac informados/ pac optimizados x 100
2.Pacientes que cumplen el protocolo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Se obtendrá de la historia clínica

Indicador: pac optimizados/ pac Incluidos ene le protocolo x 100

DURACIÓN

Inicio Octubre 16 finalización Octubre 17

1. Sesión informativa Noviembre 16
2. Tríptico paciente Octubre 16
3. Esquema anestesiólogos Noviembre 16
4. Hematología Diciembre 16
5. Formación enfermería: Noviembre 16
6. Revisión lista de espera: mensualmente durante todo el año
7. Hospital de día: diciembre 16
8. Revisión lista de pacientes a operar mensualmente
9. Encuesta de satisfacción. Diciembre 16

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0097

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

Fecha de entrada: 01/02/2018

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.
IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA
ROYO CRESPO IÑIGO
EMBUN FLOR RAUL
PUERTA DILOY MARIA LOURDES
SANJUAN VILLARREAL ALBERTO
MOLINOS ARRUEBO IRENE
COTERA USUA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
RECOGIDA BASAL DE DATOS

Registro de los pacientes atendidos en la consulta durante los dos primeros meses. Se observa que en más del 46% de los pacientes falta alguna prueba por realizar. En concreto, en el 29 % falta algún dato sobre analítica sanguínea (principalmente estudio de coagulación), y el 22% falta el electrocardiograma.

REUNIÓN DE LOS IMPLICADOS

Reunión de los representantes de los servicios de Anestesiología, Cirugía Torácica y Enfermería de Consultas Externas para plantear línea de mejora y actuaciones a desarrollar. Se decide, que para la evaluación anestésica perioperatoria de los pacientes es imprescindible la realización de analítica con coagulación y ECG. El resto de pruebas complementarias (radiodiagnóstico, pruebas de función pulmonar) ya suelen estar realizadas en este tipo de pacientes debido a su patología (procesos oncológicos intratorácicos).

ACTUACIONES

Se llevan a cabo reuniones con lo servicios de Neumología y Oncología, que son los dos servicios que principalmente derivan pacientes a las consultas de Cirugía Torácica. Se transmite la información sobre la necesidad de realizar analítica con coagulación y ECG en todos los pacientes candidatos a cirugía torácica. Además, a través de la Dirección de Atención Especializada, se envía carta a todos los servicios de Oncología y Neumología para transmitir la información.

RECOGIDA DE DATOS TRAS LAS ACTUACIONES

Seis meses después se registran los datos de los pacientes atendidos en la consulta durante dos meses. Se observa que en el 45% de los pacientes falta alguna prueba por realizar. En concreto, el ECG falta en el 45%, y la coagulación en el 8%.

ACTUACIONES COMPLEMENTARIAS

Para solucionar el problema con la falta de ECG en los pacientes atendidos, se consigue disponer de un aparato de ECG en la consulta de anestesia, de modo que todo paciente que acude sin ECG se le puede realizar en la misma consulta. De esta forma, los pacientes atendidos en la consulta que tienen todas la pruebas realizadas alcanza el 92%.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al inicio del proyecto, sólo el 54% de los pacientes atendidos en la consulta de anestesia acudían con las pruebas preoperatorias realizadas. Se estableció como objetivo conseguir que más del 80% de los pacientes que acuden a la consulta de anestesia lo hagan con todas las pruebas preoperatorias realizadas. Tras la realización del proyecto se consigue que los pacientes que acudan a la consulta con las pruebas realizadas alcance el 92%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la primera fase de actuaciones se observó que los resultados no eran los esperados. El problema pudo haberse debido a un fallo en la transmisión de información a nivel regional entre todos los servicios implicados. Tras observar que el ECG era de la principal prueba preoperatoria que faltaba de realizar, se planteó la posibilidad de realizar el ECG en la propia consulta de Anestesia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/97 ===== ***

Nº de registro: 0097

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0097

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

Título
OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

Autores:
VALLES TORRES JORGE, IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA, ROYO CRESPO IÑIGO, EMBUN FLOR RAUL, PUERTA DILOY MARIA LOURDES, SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, MOLINOS ARRUEBO IRENE, COTERA USUA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Cirugía Torácica y la Unidad de Anestesia Cardiotorácica del Hospital Universitario Miguel Servet prestan atención a pacientes procedentes de todos los sectores sanitarios de Aragón. Debido a que la mayoría de los pacientes atendidos acuden por patología oncológica subsidiaria de tratamiento quirúrgico (cirugía de resección pulmonar) o procedimientos quirúrgicos diagnósticos (mediastinoscopia, biopsia pulmonar,...), es primordial acelerar el circuito asistencial para poder aplicar el tratamiento lo antes posible. Es por eso por lo que, para evitar retrasos y desplazamientos, los pacientes son citados en la consulta de cirugía y de anestesia el mismo día.
Para poder realizar la valoración preanestésica de forma adecuada es imprescindible que los pacientes acudan a la consulta con los resultados de todas las pruebas preoperatorias realizadas, sobre todo aquellos pacientes pertenecientes a otros sectores sanitarios en los que es más difícil recabar resultados de pruebas realizadas en otros hospitales.
Actualmente, una proporción importante de los pacientes acuden a la consulta sin todas las pruebas preoperatorias realizadas. En estos casos las pruebas que faltan se solicitan desde la consulta de anestesia y son valoradas, o bien en una posterior consulta anestésica (lo que implica desplazamientos adicionales a pacientes de todos los sectores sanitarios), o cuando el paciente ingresa para ser intervenido (lo que puede conllevar una inadecuada evaluación preoperatoria).
Tras recoger datos durante un periodo de dos meses, se observa que en más del 46% de los pacientes falta alguna prueba por realizar. En concreto, en el 29 % falta algún dato sobre analítica sanguínea (principalmente estudio de coagulación), y el 22% falta el electrocardiograma.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir que más del 80% de los pacientes que acuden a la consulta de anestesia lo hagan con todas las pruebas preoperatorias realizadas:

N° pacientes con todas las pruebas / Total pacientes candidatos a cirugía x 100 = 80

MÉTODO
Determinar las pruebas preoperatorias necesarias para la evaluación preanestésica.
Informar a los servicios implicados sobre las pruebas preoperatorias necesarias para que sean realizadas antes de que el paciente acuda a la consulta.
Para llevar a cabo el proyecto se analizarán las características de los servicios hospitalarios implicados, los recursos técnicos y humanos, y las posibles limitaciones que puedan dificultar su implantación. Los servicios hospitalarios directamente implicados son el Servicio de Anestesiología con el equipo de enfermería de Consultas Externas, el Servicio de Cirugía Torácica, los Servicios de Neumología y Oncología de todo Aragón.

INDICADORES
Proporción de pacientes intervenidos de cirugía torácica que acuden a la consulta de anestesia con todas las pruebas preoperatorias realizadas.

DURACIÓN
La duración completa del proyecto se estima que tenga una duración aproximada de entre 6 meses. Una vez desarrollado el proyecto se analizarán los resultados obtenidos para valorar posibles modificaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0097

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0268

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA MARTINEZ NUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORO NUÑEZ MAXIMILIANO
COLOMINA CALLEN LORENA
COLAS RODRIGUEZ ANA
ROMERO IÑIGUEZ BLANCA
ALCAZAR SALILLAS MARIA TERESA
GRACIA CORTES LAURA
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El dolor agudo postoperatorio se presenta de diferentes formas ya que influyen, por un lado, la variabilidad de respuesta de los pacientes y, por otro lado el tipo de intervención y el procedimiento anestésico empleado. El objetivo del proyecto era comprobar la efectividad del tratamiento analgésico en el paciente durante su estancia en la REA y las primeras 48h al alta de la Unidad, así como el control de los posibles efectos secundarios al mismo.

La metodología empleada en este proyecto fue de tipo prospectiva y observacional. Se encuestó a una muestra aleatoria de los pacientes mayores de 14 años operados entre el mes de febrero y noviembre de 2017 en el Hospital Miguel Servet en las especialidades de Cirugía Torácica, Urología y Cirugía General y que fueron ingresados en la REA durante el postoperatorio inmediato. Se estudiaron un total de 60 pacientes, 20 de cada una de las especialidades.

En una escala de intensidad del dolor, todos los procesos que se incluyeron en este estudio estarían en el grupo de dolor intenso (nefrectomía, cistectomía, resección pulmonar, resección de recto, colectomía)

Como criterio de exclusión se estableció la incapacidad o falta de colaboración para responder a los test del estudio.

Previamente, se revisó la bibliografía existente, se diseñó una hoja de recogida de datos y se realizaron unos protocolos de analgesia en la REA y al alta en la planta, que serían aplicados a todos los pacientes incluidos en el proyecto.

Realizamos reuniones periódicas para evaluar los resultados, modificar protocolos y dar alternativas a los problemas que pudieran presentarse.

Se realizó una sesión para los médicos de la Unidad de Reanimación, donde se explicaron los protocolos y la forma de aplicarlos.

Para cada paciente se rellenó una hoja de recogida diseñada específicamente, donde se registraron parámetros como:

1. Fármacos usados en la intervención
2. EVA al ingreso en la unidad y seriado hasta las 48 horas tras el alta de la reanimación
3. Protocolo analgésico aplicado durante su estancia en la unidad
4. Protocolo analgésico aplicado durante su estancia en la planta
5. Efectos secundarios
6. Necesidad de analgesia de rescate. En caso de haber sido necesaria, evaluamos su efectividad
7. Monitorización de la función renal
8. Grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento del dolor.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo del proyecto era comprobar la efectividad del tratamiento analgésico en el paciente durante su estancia en la REA y durante las primeras 48h al alta de la Unidad, así como el control de los efectos secundarios y las posibilidades de mejora que pudiéramos extraer.

Los datos fueron obtenidos por medio de una entrevista con el paciente siguiendo un cuestionario diseñado específicamente para el proyecto, revisando su historia clínica en la planta y monitorizando los valores de las analíticas solicitadas.

No hubo pérdida de información: los 60 casos seleccionados completaron todas las fases del cuestionario y no se tuvo que excluir a ninguno de los pacientes.

La recogida de datos comprendió a 60 pacientes (20 de cada especialidad quirúrgica) cuyos datos demográficos se describen a continuación: edad media de 68.5 años; peso medio de 77.8 kg; sexo (H/M): 44.5% frente 55.5 %.

Descripción de los resultados en los pacientes intervenidos de Urología:

A 8 de los 20 pacientes se les realizó una anestesia combinada: anestesia general y anestesia epidural con anestésico local. El EVA al ingreso era menor en estos pacientes que en los que se había realizado una anestesia general solo con opioides.

Los pacientes fueron incluidos en 2 protocolos de analgesia en REA, según fueran portadores o no de catéter epidural, con los mismos analgésicos menores y fármacos antieméticos.

Observamos igual control del dolor al final de su estancia en la REA, aunque las cifras más bajas de EVA aparecieron antes en los pacientes con epidural.

Los episodios de náuseas y la necesidad de rescates fueron menores en los pacientes con catéter epidural durante su estancia en planta, precisaron menos rescates y presentaron menos efectos secundarios los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0268

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

pacientes portadores de catéter epidural

Comprobamos cómo la función renal estaba conservada en todos ellos, independientemente del tipo de analgesia recibida

9 pacientes tuvieron dolor "como lo esperaban", 9 "menos del que esperaban" y solo 2 "más del que esperaban"

Al calificar nuestra intervención, 10 pacientes estaban "muy satisfechos", 7 "satisfechos" y 3 "ni contentos ni descontentos"

Descripción de los resultados en los pacientes intervenidos de Cirugía General:

Sólo a 5 de los 20 pacientes se les realizó una anestesia combinada: anestesia general y anestesia epidural con anestésico local. El EVA al ingreso era menor en estos pacientes que en los que se había realizado una anestesia general solo con opioides

Los pacientes fueron incluidos en 2 protocolos de analgesia en REA, según fueran portadores o no de catéter epidural, con los mismos analgésicos menores y fármacos antieméticos

Observamos peor control del dolor durante su estancia en la REA en los pacientes sin catéter epidural

Los episodios de náuseas y la necesidad de rescates fueron menores en los pacientes con catéter epidural

Durante su estancia en planta (todos sin epidural), precisaron un número elevado de rescates analgésicos y

presentaron una considerable incidencia de efectos secundarios (náuseas y mareo, fundamentalmente)

Comprobamos cómo la función renal estaba conservada en todos ellos, independientemente del tipo de analgesia recibida

7 pacientes tuvieron dolor "como lo esperaban", 9 "menos del que esperaban" y 4 "más del que esperaban"

Al calificar nuestra intervención, 2 pacientes estaban "muy satisfechos", 12 "satisfechos", 3 "ni contentos ni descontentos" y 3 "descontentos"

Descripción de los resultados en los pacientes intervenidos de Cirugía Torácica:

A 13 de los 20 pacientes se les realizó una anestesia combinada: anestesia general y anestesia epidural con anestésico local. El EVA al ingreso era menor en estos pacientes que en los que se había realizado una anestesia general solo con opioides

Los pacientes fueron incluidos en 2 protocolos de analgesia en REA, según fueran portadores o no de catéter epidural, con los mismos analgésicos menores y fármacos antieméticos

Observamos igual control del dolor al final de su estancia, aunque las cifras más bajas de EVA aparecieron antes en los pacientes con catéter epidural

Los episodios de náuseas y la necesidad de rescates fueron menores en los pacientes con catéter epidural

Durante su estancia en planta, precisaron menos rescates y presentaron menos efectos secundarios los pacientes

portadores de catéter epidural

Comprobamos cómo la función renal estaba conservada en todos ellos, independientemente del tipo de analgesia recibida

10 pacientes tuvieron dolor "como lo esperaban", 9 "menos del que esperaban" y solo 1 "más del que esperaba"

Al calificar nuestra intervención, 11 pacientes estaban "muy satisfechos", 8 "satisfechos" y sólo 1 "descontento"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grado de satisfacción de los pacientes fue entre satisfecho y muy satisfecho en el 86% de los casos y sólo en 4 casos expresaron su descontento (3 de ellos por dolor en planta y 1 por dolor en la REA; este caso se trató de una compleja Cirugía Torácica realizada sin catéter epidural)

Cuando encuestamos a los pacientes, un número elevado nos refirieron que esperaban tener dolor importante tras la operación. Sorprende esta creencia bastante generalizada, que nos lleva a pensar que existe poca información general sobre el dolor y la oferta que tiene la Anestesiología para atajarlo. Este tema podría ser tratado con el paciente en la consulta preanestésica: explicar las posibilidades analgésicas en la intervención y postoperatorio inmediato

La percepción general es que lo estamos haciendo bien, pero hay que mejorar el control del dolor en las plantas de hospitalización, donde la supervisión del anestesiólogo ya no es tan directa como en la REA

La función renal no se ha alterado en ningún paciente de forma estadísticamente significativa

Los rescates analgésicos por vía epidural fueron mucho mejor que los rescates por vía intravenosa: tiempo de latencia, potencia, duración del efecto y tasa de efectos secundarios

Los resultados obtenidos en cada una de las cirugías fueron superponibles en cuanto a intensidad, progresión de la EVA, necesidad de rescates o efectos secundarios. Confirma la creencia que la homogeneización del tratamiento sobre una base científica nos permite obtener mejores resultados

La analgesia epidural ha resultado mejor método analgésico que la perfusión continua de opiáceos: menos efectos secundarios, menos crisis irruptivas, mejor respuesta a los rescates

Creemos que hay que utilizar más la técnica epidural en Cirugía General: son muy pocas intervenciones quirúrgicas las que se hacen con esta técnica y en nuestro estudio, ningún paciente dispuso de este método analgésico en la planta. La causa fundamental es que no se ha establecido una línea de trabajo con el personal médico y de enfermería (uso y cuidados específicos del catéter epidural) de dicha especialidad como con el de Urología o C. Torácica

Hemos observado que las crisis irruptivas están asociadas a momentos y actos puntuales: aseo, visitas, radiografías, exploraciones... Tenemos que adelantarnos a ellas y tratar de evitarlas, puesto que son muy mal toleradas por el paciente

Tuvieron dolor los pacientes hospitalizados en planta. Los resultados obtenidos en nuestro estudio mostraron la aparición de crisis de dolor o dolor no controlado fundamentalmente las primeras 24 h al alta de la REA. Creemos que es debido a que en planta se inicia la movilización precoz y que hay una mayor ratio de pacientes/enfermería para su cuidado que en la REA. Los planes analgésicos pautados para la planta fueron efectivos, por que tras su administración, el paciente recuperó su confort con celeridad

En este momento no contamos con la opción de PCA para control del dolor. Una bomba de analgesia controlada por el paciente (PCA, por sus siglas en inglés) le permite inyectarse un analgésico por vía intravenosa (IV)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0268

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

cuando lo necesite. Esto le da un mayor control del alivio del dolor y tienen una mayor sensación de control y seguridad sobre su propio tratamiento del dolor.
Cada día se describen nuevas técnicas analgésicas, más efectivas y menos invasivas, como sería el bloqueo TAP (bloqueo del plano transversal del abdomen), muy útil en la analgesia multimodal postoperatoria de varios procedimientos de cirugía abdominal baja, urológica y de pared abdominal. Creemos que debe ser incluida en los protocolos analgésicos por su sencillez, bajo coste y alta efectividad. Podría ser objeto de futuros trabajos de investigación o proyectos de mejora.
Pensamos que la solución al problema del dolor postoperatorio no controlado depende básicamente del establecimiento de una organización formal antes que de la implantación de nuevas técnicas. Las unidades de dolor agudo son una alternativa válida porque consiguen reducir la intensidad del dolor postoperatorio de una forma eficaz y con un control importante del gasto y de la iatrogenia
Como conclusión pensamos que los resultados expuestos demuestran la eficacia de la medicación analgésica empleada en el postoperatorio y nos estimula a mejorar: corregir los errores detectados, incluir nuevas técnicas y preparar mejor al paciente ante su próxima intervención.

7. OBSERVACIONES.

La formación continuada, la implicación de los anestesiólogos y del personal médico y de enfermería de las plantas quirúrgicas y el compromiso institucional son elementos fundamentales para mantener y mejorar el adecuado tratamiento del dolor postoperatorio.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/268 ===== ***

Nº de registro: 0268

Título
REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

Autores:
MARTINEZ NUEZ SILVIA, TORO NUÑEZ MAXIMILIANO, COLOMINA CALLEN LORENA, COLAS RODRIGUEZ ANA, ROMERO IÑIGUEZ BLANCA, ALCAZAR SALILLAS MARIA TERESA, GRACIA CORTES LAURA, FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La necesidad de ofrecer al paciente un adecuado confort post-operatorio nos obliga a establecer pautas de analgesia que deben comenzar en el periodo postoperatorio inmediato.
La REA dispone de pautas para el tratamiento del dolor adecuadas según la intensidad del dolor previsible (leve, moderado, intenso), tipo de cirugía y características del paciente.
Queremos evaluar la eficacia analgésica, los efectos secundarios y los efectos adversos relacionados con el tratamiento.
Igualmente, queremos que todos los pacientes tengan una pauta analgésica al alta de la Unidad
Actualmente no existe un seguimiento del paciente en la planta de hospitalización.
Este seguimiento se realizará según lo dispuesto en el protocolo para la revisión de la analgesia post-operatoria que se creará en este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
-El objetivo es comprobar la efectividad del tratamiento analgésico en cada paciente durante su estancia en la REA y durante las primeras 48h al alta de la Unidad, así como el control de efectos secundarios

-Toda esta información quedará recogida en un protocolo adecuado de recogida de datos

MÉTODO
-Revisión y actualización de los protocolos analgésicos existentes

-Creación de la hoja y sistema de recogida de datos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0268

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

-Monográficos informativos con los Servicios Quirúrgicos implicados

-Participarán todos los miembros del proyecto de mejora coordinados por el responsable del proyecto

INDICADORES

-Tasa de Cumplimiento: si se han seguido las instrucciones de forma correcta.

-Morbilidad asociada: eventos consecuencia de los efectos secundarios del fármaco.

-Grado de dificultad durante el proceso.

-Grado de satisfacción del paciente. Se obtendrán a través de un cuestionario que se le pasará al paciente durante su estancia y al alta de la REA

DURACIÓN

Inicio y finalización: 1 enero 2017 - 31 octubre 2017

Formación: enero y febrero 2017

Desarrollo: marzo a septiembre 2017

Evaluación final: octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE CORAL RODRIGUEZ CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARLUCCIO CRISTINA
CASTELLS MURILLO INMACULADA
FRACA CARDIEL CONCEPCION
GOMEZ MUÑOZ CONSUELO
GONZALO PELLICER INMACULADA
IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR
PASCUAL LOPEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-1.Revisión de la bibliografía existente y entrevistas informales a pacientes y 2016 profesionales: octubre 2016

Empezamos realizando una amplia revisión de la literatura existente, encontrando numerosas publicaciones desde el año 1990.

Realizamos entrevistas informales a compañeros y pacientes, preguntándoles qué consideran importante para evaluar el grado de satisfacción con los cuidados anestésicos que administramos.

-2.Reunión y generación del primer cuestionario: noviembre 2017

Con la información obtenida en el apartado anterior elaboramos un primer cuestionario en el que registrábamos los siguientes datos:

-Edad
-Sexo
-Nivel de formación: Sin estudios, Educación Básica, Educación Secundaria, Estudios Universitarios.
-Profesión
-Variables relacionadas con la salud del paciente: su clasificación ASA (que valora en cuatro grados el riesgo anestésico), los antecedentes de depresión y la toma habitual de analgésicos.
- Factores relacionados con la intervención: el tipo de intervención, el tipo de anestesia utilizada, la duración del procedimiento quirúrgico, el periodo de estancia en la sala de recuperación, la existencia de complicaciones en la sala de despertar y los días de estancia hospitalaria.

Los siguientes items los debe valorar del 1 al 5 según le parezca que cada item es importante o no para valorar su experiencia (1:nada importante, 2: poco importante, 3: importancia media, 4: bastante importante, 5: muy importante):

- 1.Disminuir el tiempo de espera en la consulta de anestesia
- 2.Recibir información clara sobre el procedimiento anestésico
- 3.Tener tiempo en la consulta para resolver sus dudas
- 4.Facilitar el descanso la noche previa a la cirugía
- 5.Minimizar el tiempo de ayuno preoperatorio
- 6.Comodidad en el traslado a la zona quirúrgica
- 7.Buena recepción en la sala de acogida
- 8.Disminuir el tiempo de espera en la sala de acogida
- 9.No sentir dolor cuando se le administre la anestesia
- 10.Tener una posición cómoda durante la intervención
- 11.No sentir dolor durante la cirugía
- 12.No sentir confusión durante la cirugía
- 13.No pasar frío en quirófano
- 14.No oír ruidos durante la intervención
- 15.No tener recuerdos de la cirugía
- 16.Estar tranquilo durante la intervención
- 17.No sentir miedo ni ansiedad durante la cirugía
- 18.Sentimiento de seguridad durante la cirugía
- 19.Tener confianza con el anestesista
- 20.Competencia técnica del anestesista
- 21.Grado de atención del anestesista con sus necesidades
- 22.Trato cortés por parte del personal sanitario
- 23.Que sus demandas sean respondidas con prontitud
- 24.Ayudar a mantener su privacidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

25. Confidencialidad sobre su estado de salud
26. Tener un despertar confortable en el quirófano
27. Buena recepción en la sala de despertar
28. No pasar frío en la sala de despertar
29. No tener sed en la sala de despertar
30. No oír ruidos en la sala de despertar
31. No tener náuseas ni vómitos postoperatorios
32. No tener dolor postoperatorio
33. No estar confuso en el postoperatorio
34. No tener dificultad para orinar en el postoperatorio
35. Disminuir el tiempo de estar en la sala de recuperación
36. Amabilidad del personal de la sala de recuperación
¿Tiene alguna sugerencia que pueda contribuir a mejorar su experiencia perioperatoria?

-3. Distribución del cuestionario a los pacientes: diciembre, enero y febrero 2017

El cuestionario lo distribuyen enfermeras, con amplia experiencia en pacientes hospitalizados posquirúrgicos, cuando han transcurrido unas horas de la intervención y valoran que están plenamente recuperados de la anestesia.

A pesar de que el test es complejo, nos parece adecuado para nuestros propósitos, prefiriéndolo a una entrevista personal en la que la enfermera ayudaría a la persona a transmitirnos su información, pero también su presencia supondría un condicionante para el paciente que podría interferir en sinceridad a la hora de responder.

Debido a la complejidad de este cuestionario y sabiendo que va a suponer un esfuerzo su contestación decidimos reducir el número de pacientes de 150 a 75.

El cuestionario se distribuye a pacientes que cumplan los siguientes requisitos: haber sido intervenido quirúrgicamente de un proceso traumatológico en las horas o días previos en nuestro hospital y tener un nivel cognitivo adecuado para contestar las preguntas solo o con ayuda de un familiar.

La enfermera le indica al paciente que estamos elaborando unos test para evaluar la satisfacción de nuestros usuarios con la asistencia anestésica recibida, y que necesitaríamos conocer su opinión sobre si le parecen adecuados los siguientes factores para evaluar esa asistencia, En la segunda columna debe marcar los 10 items que le parezcan más importantes y en la tercera los 5 de máxima importancia.

-4. Análisis de resultados del primer cuestionario: marzo 2017

Para el estudio estadístico se utilizó el programa SPSS 22 para windows. Como la media de todos los items sigue la distribución de normalidad emplearemos el test T de student para analizar su relación con las variables categóricas dicotómicas y el test de Anova cuando se trate de variables con varias categorías aceptando las hipótesis de homogeneidad con valores $p > 0,05$.

La valoración media de los items fue de 4,05 esto da validez a nuestro criterio de que eran adecuados para medir la satisfacción.

El hecho de que coincidieron los items más valorados en las tres formas en que lo preguntamos (puntuación, 10 más importantes, 5 más importantes) aumenta la consistencia de los items.

Comparamos media de satisfacción obtenida con las diferentes variables que podían influir en los resultados y no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Para simplificar y disminuir el número de items del test piloto, unificamos los que preguntaban el mismo concepto de diferente forma, siendo que además han demostrado tener una valoración muy parecida.

Teniendo en cuenta estos primeros análisis seleccionamos un total de 17 items.

Decidimos mantener la valoración de la existencia de recuerdos de la cirugía, aunque no ha obtenido una puntuación alta por los pacientes, dado que nos parece muy relevante en la evaluación objetiva del procedimiento anestésico.

Añadimos un nuevo item que es la valoración de su vivencia respecto a sus expectativas, dado que existen muchos autores que relacionan la satisfacción percibida por los sujetos con las expectativas previas a la vivencia del suceso.

También le preguntamos si le gustaría ser atendido por el mismo equipo, por que es un item muy significativo a la hora de valorar la satisfacción del paciente.

Por último en los datos sociodemográficos, que rellenan los pacientes en el encabezado del cuestionario,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

añadimos que valore su estado de salud previo, puesto que también puede condicionar su percepción de su vivencia perioperatoria.

A la pregunta abierta, de si tienen alguna sugerencia que contribuya a mejorar nuestra asistencia, 45 personas no la han contestado, del resto, la mayoría ha aprovechado para dar las gracias al personal de quirófano y de planta que le ha atendido, y algunos dan sugerencias respecto a la temperatura y otros detalles que no aportan más información para la elaboración del test.

-5.Reunión del equipo y generación del cuestionario piloto: abril 2017

A los datos registrados en el cuestionario anterior añadimos el siguiente:

-Estado de salud: 1 Malo, 2 Regular, 3Bueno, 4Muy bueno y 5Excelente

Los aspectos a valorar del 1 al 5 según su satisfacción con los cuidados anestésicos recibidos fueron los siguientes:

1. Información recibida en la consulta
- 2.Recepción en la sala de acogida
- 3.Dolor al administrarle la anestesia
- 4.Posición cómoda durante la cirugía
- 5.Dolor durante la cirugía
- 6.Confusión durante la cirugía
- 7.Frío en el quirófano
- 8.Recueros durante la cirugía
- 9.Tranquilidad durante la intervención
- 10.Nivel de confianza con el anestesista
- 11.Nivel de competencia técnica del anestesista
- 12.Grado de atención por parte del anestesista
13. Trato cortés por parte del personal sanitario
14. Despertar confortable en el quirófano
15. Frío en la sala de recuperación
- 16.Nauseas o vómitos postoperatorio
17. Dolor después de la intervención
- 18.Dificultad para orinar después de la intervención
- 19.¿Quedo satisfecho en general con la asistencia anestésica en relación con lo que se esperaba?

Si tuviese que volver a operarse, ¿Le gustaría ser atendido por el mismo equipo anestésico? SI NO

¿Tiene alguna sugerencia que pueda contribuir a mejorar la asistencia anestésica?

-6.Distribución del cuestionario piloto: de mayo a noviembre 2017

Distribuimos el test piloto entre mayo y octubre de 2017 a 150 pacientes con las mismas características que los anteriores, a mitad del tiempo hicimos una primera evaluación y modificamos la redacción de algunas preguntas porque vimos que daban lugar a error en su interpretación.

-7.Estudio estadístico de los resultados: diciembre 2017

En diciembre analizamos los resultados, obteniendo un valor en el test alfa de Cronbach de 0,838 y un Índice de Correlación Interclase de 0,838 cuando comparamos los test distribuidos por dos enfermeras diferentes, una vez comprobada la viabilidad y fiabilidad del test seleccionamos los 16 que le otorgaban mayor validez para redactar una encuesta más breve y sencilla.

-8.Reunión del equipo para valorar los resultados: diciembre 2017

Aunque el objetivo principal este año era la elaboración de la encuesta, también analizamos los resultados, obteniendo una media de satisfacción con los cuidados anestésicos de 4,51 sobre 5.

Comunicamos los resultados de la encuesta a nuestros compañeros en sesión clínica.

La media de edad de los pacientes entrevistados es alta, rozando los 62 años, lo cual era esperable ya que los procesos traumatológicos que pueden requerir tratamiento quirúrgico aumentan con la edad y además nuestro hospital pertenece a una comunidad autónoma con un alto nivel de envejecimiento poblacional.

Sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con un intervalo de edad de 45 a 65 y los que tienen entre 65 y 85 años, pero vemos que hay una clara tendencia a aumentar el grado de satisfacción conforme la edad aumenta, de una media de 4 en las personas jóvenes a una de 4.84 en las personas ancianas, lo cual concuerda con los resultados obtenidos en las encuestas previas de valoración de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

cuidados anestésicos que leímos en la revisión bibliográfica previa a nuestro estudio.

En cuanto al sexo el porcentaje de mujeres fue superior al de hombres no existiendo diferencias en cuanto a su nivel de satisfacción.

Las intervenciones más frecuentes fueron las osteosíntesis de cadera y la artrodesis de columna, no existiendo diferencias de satisfacción por el tipo de procedimiento.

La anestesia mas frecuentemente realizada fue la intradural sin que tampoco existan diferencias en cuanto a la valoración global según el tipo de anestesia.

En cuanto al nivel de estudios destaca el alto porcentaje de pacientes que no contestan a esta pregunta (19,3) y como no vemos que exista relación con el nivel de satisfacción la eliminaremos de nuestro cuestionario en base a conseguir un cuestionario breve y rápido de realizar.

También fue alto el porcentaje de pacientes que no rellenaron el apartado de su profesión (12,7%) y tampoco existía relación con el nivel de satisfacción, por lo que también será eliminado.

En cuanto a la percepción que el paciente tenía de su estado de salud previo también destaca el alto porcentaje no contestado (25,3%), así como la alta proporción de pacientes que hacen una valoración negativa de su estado de salud(34%) y el bajo porcentaje que la valora positivamente (11,3). Pensamos que esta valoración negativa puede estar relacionada con una mala redacción de la escala de valoración donde regular ya es un nivel bajo y para la siguiente encuesta cambiaremos la escala a: muy malo (1), malo(2), regular(3), bueno(4) y muy bueno(3).En cuanto a nivel de satisfacción se encontraron diferencias entre los que tenían un nivel de salud bueno y muy bueno.

En cuanto a la escala ASA la mayoría de nuestros pacientes eran ASA I Y II con un porcentaje equilibrado entre estos dos niveles, posiblemente en relación con los requisitos para poder realizar la entrevista y no existieron diferencias estadísticamente significativas en su media de satisfacción.

De todos los pacientes la mitad tenían antecedentes de depresión y/o tomaban analgésicos de forma habitual, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre los que tenían depresión y valoraron mas negativamente su satisfacción. En la encuesta final mantendremos sólo los antecedentes de depresión.

Ni el tiempo de estancia media hospitalaria, ni la duración media de la intervención quirúrgica, ni el tiempo media de permanecer en la sala de despertar influyeron en la valoración media y también los retiraremos del cuestionario definitivo.

En cuanto a las complicaciones en la sala de despertar ocurrieron en 36 pacientes, destacando el dolor de moderado a severo y esto si que tuvo relación con una menor satisfacción con los cuidados recibidos.

Valorando cada item por separado el peor valorado fue el dolor postoperatorio, siendo el único que recibió una valoración por debajo de 4 (3,74)buscamos si existe relación con algún tipo de intervención en concreto.

Como vemos la osteosíntesis de las extremidades son las que más dolor postoperatorio produjeron seguidos de la artrodesis de columna, las extracciones de material y los tumores de las extremidades, todos valorados por debajo de 4.

Los siguientes aspectos peor valorados, pero ya por encima de 4,fueron la información recibida en la consulta y la sensación de frío en el quirófano y en el despertar.

Los aspectos mejor valorados fueron el no tener recuerdos de la cirugía con 4,87 (teniendo que ver con la mala interpretación del primer tipo de cuestionario, pues nos referimos a la existencia de despertares intraoperatorios y en nuestros pacientes no se dio ningún caso, así que sería 5).

También fue muy bien valorado el no tener dolor durante la cirugía y el trato por parte del personal sanitario.

-9.Reunión del equipo para realizar un cuestionario definitivo y valorar la pertinencia de realizarlo a un grupo mayor de pacientes el año consecutivo: diciembre.

Valorando los resultados obtenidos en los pasos previos elaboramos la encuesta que distribuiremos en el año 2018:

-Variables demográficas: edad, sexo.

-Variables relacionadas con la salud del pacientes: Clasificación ASA, antecedentes de depresión, valoración subjetiva por parte del encuestado de su estado de salud previo a la hospitalización.

-Los 7 aspectos siguientes los tienen que valorar del 1 al 5 según su nivel de satisfacción:

- 1.Información recibida en la consulta
- 2.Recepción en la sala de acogida
- 3.Posición cómoda durante la cirugía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. Tranquilidad durante la intervención
5. Grado de atención por parte del anestesista
6. Trato cortés por parte del personal sanitario
7. Despertar confortable en el quirófano

A las siguientes 5 preguntas deben contestar: no, muy poco, poco, bastante, mucho

8. ¿Sintió dolor al administrarle la anestesia?
9. ¿Sintió dolor durante la cirugía?
10. ¿Sintió dolor después de la operación?
11. ¿se sintió confuso durante la cirugía?
12. ¿Paso frío en el quirófano?
13. ¿Tuvo náuseas o vómitos después de la operación?
14. ¿Tuvo dificultad para orinar después de la intervención?

A la siguiente pregunta responden cómo se ve a continuación

15. Respecto a lo que usted esperaba antes de ingresar, ¿la asistencia anestésica recibida ha sido? Mucho peor, peor, como me esperaba, mejor, mucho mejor

16 Si tuviese que volver a operarse, ¿le gustaría ser atendido por el mismo equipo anestésico? Si no

¿Tiene alguna sugerencia que pueda contribuir a mejorar la asistencia anestésica?

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido nuestro resultado principal elaborando una encuesta multidimensional,, valida, fiable, consistente y sencilla que distribuiremos entre algunos de nuestros pacientes el próximo año como herramienta que nos ayude a mejorar la experiencia que viven cuando están bajo nuestro cuidado, dado que entendemos que las intervenciones quirúrgicas suponen una experiencia estresante y muchas veces dolorosa y es parte de nuestro objetivo contribuir a que el paciente sufra lo mínimo posible, reduciendo el stress en la recuperación del proceso quirúrgico.

Como objetivo secundario hemos realizado una primera valoración de la satisfacción de los pacientes con nuestros cuidados.

La media de satisfacción ha sido alta.

Al hacer el estudio estadístico de las diferentes variables vemos que las peores valoraciones están relacionadas con el dolor postoperatorio de los procesos de osteosíntesis de las extremidades y de las artrodesis de la espalda, la información que damos en la consulta y el frío que pasa el paciente en el quirófano y en la sala de despertar.

Actualmente ya estamos recogiendo datos para valorar el dolor de los pacientes intervenidos de osteosíntesis de las extremidades en los que realizamos anestesia locoregional.

Se han cumplido los indicadores de resultados y realización propuestas en el proyecto, aunque en un menor número de pacientes de los que nos habíamos propuesto por el tiempo que ha requerido la realización de las encuestas a los pacientes que han sido mayor del esperado, por eso hemos intentado simplificar al máximo las encuestas del próximo año aunque hay un número mínimo de preguntas a contestar para que la encuesta sea fiable por lo que dejaremos en 16 los aspectos a valorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las encuestas deben ser breves y sencillas de interpretar porque nuestros pacientes tienen una edad media alta y no disponemos de mucho tiempo para explicarles el contenido.

El dolor postquirúrgico es un problema que continúa teniendo una alta incidencia y debemos seguir trabajando en disminuirlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/280 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Nº de registro: 0280

Título

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:

RODRIGUEZ CALVO CORAL, CARLUCCIO MARIA CRISTINA, CASTELLS MURILLO INMACULADA, FRACA CARDIEL CONCEPCION, GOMEZ MUÑOZ CONSUELO, GONZALO PELLICER INMACULADA, IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR, PASCUAL LOPEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En la Sección de Anestesia de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet se realizan a diario números procedimientos anestésicos utilizando técnicas muy diversas. Siendo un objetivo fundamental de los anestesistas proporcionar bienestar al paciente, es importante conocer el nivel de satisfacción del mismo con los cuidados recibidos para poder evaluar la calidad de nuestro trabajo y emprender acciones de mejora. La American Society of Anesthesiologists ha publicado que pasos se deben seguir en la elaboración de este tipo de encuestas para que sean válidas y fiables, debiendo cada profesional adaptarlas también a su entorno.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es elaborar una Encuesta de Satisfacción con los Cuidados Anestésicos que sea multidimensional, válida, fiable, consistente y sencilla de realizar. El objetivo secundario sería realizar la encuesta a todos nuestros pacientes y analizar los resultados buscando qué aspectos de nuestra atención podemos mejorar.

MÉTODO

1. Generar una lista de los factores relacionados con la anestesia que más influyen en la satisfacción del paciente mediante revisión de bibliografía y realización de entrevistas a profesionales y pacientes. Equipo de Mejora
2. Distribución de esta lista a 150 pacientes en la planta de hospitalización para que ponderen la importancia que dan a cada factor. Inmaculada Castells, Pilar Ibañez y Merche Pascual
3. Evaluación de los resultados obtenidos Cristina Carluccio y Concepción Fraca
4. Realización de un Cuestionario de Satisfacción piloto. Consuelo Gomez e Inmaculada Gonzalo
5. Distribución de este cuestionario a 300 pacientes. Inma Castells, Pilar Ibañez y Mercedes Pascual
6. Análisis estadístico de las respuestas obtenidas. Coral Rodriguez
7. Elaboración de un cuestionario definitivo. Equipo de Mejora

INDICADORES

Indicador de realización: número de pacientes y profesionales que responden al primer cuestionario.
Indicador de resultados: Documento que analice las respuestas del primer cuestionario.
Indicador de realización: Número de pacientes que responden al segundo cuestionario.
Indicador de resultados: Análisis del segundo cuestionario
Indicador de realización: elaboración de la Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN

de octubre de 2016 a octubre 2017
Generación del primer cuestionario OCT16
Distribución de 150 cuestionarios NOV y DIC 16
Evaluación resultados del primer cuestionario ENE17
Elaboración segundo cuestionario ENE 17
Distribución del segundo cuestionario a 300 pacientes FEB, MAR, ABRI y MAYO17
Análisis de resultados JUN17
Elaboración encuesta definitiva SEP, OCT 17

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE CORAL RODRIGUEZ CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARLUCCIO MARIA CRISTINA
MARDONES FUENTE AMAYA
FRACA CARDIEL CONCEPCION
GOMEZ MUÑOZ CONSUELO
GONZALO PELLICER INMACULADA
IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR
PASCUAL LOPEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Realización de las encuestas, elaboradas en el Proyecto de Mejora del año 2016, a 172 pacientes. Estos habían sido intervenidos en las horas previas de un proceso traumatólogo. Las encuestas se realizan en la planta de hospitalización, cuando el paciente está recuperado de la anestesia y las realizan enfermeras con experiencia en este tipo de pacientes.
2. Seguimos el calendario previsto entregando las encuestas desde mayo del 2018 hasta enero del 2019.
3. En septiembre hicimos una primera valoración de los datos obtenidos, viendo que la mayoría de los pacientes rellenaban bien el cuestionario, salvo la primera pregunta referente a su estado de salud que muchos se la saltaban.
4. En febrero hemos realizado un estudio estadístico de los datos obteniendo los resultados que detallamos en el apartado siguiente.
5. Vamos informando a la Unidad de los resultados obtenidos y comentando medidas que podemos realizar para optimizar los cuidados que realizamos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El principal resultado alcanzado es haber obtenido una valoración por parte del paciente de los cuidados anestésicos que recibe teniendo en cuenta las dimensiones física, emocional y de relación de los mismos. Los pacientes colaboran rellenando los cuestionarios y la valoración que tienen de nuestro trabajo es, en general, muy positiva.
2. Al igual que en el proyecto del año 2016 no hemos conseguido realizar el número de cuestionarios que nos habíamos propuesto,
3. Un breve resumen los datos obtenidos:
 - Hemos obtenido 167 cuestionarios válidos. 96 mujeres y 71 hombres. Edad media de 63,7. La mayoría ASA1 (89) y ASA2 (76).
 - Los procesos quirúrgicos de los que hemos recogido más encuestas son las artrodesis de columna y las osteosíntesis de cadera.
 - La valoración media de la satisfacción obtenida con los cuidados anestésicos sobre una escala de 5 ha sido de 4,381.
 - El único aspecto valorado por debajo de 4 ha sido el dolor postoperatorio con una media de 3,6. Por intervenciones las más dolorosas han sido las osteosíntesis de mano y antebrazo con media de 2,7, seguidas de las osteosíntesis de pierna y pie con media de 3,35 y de las artrodesis de columna con media 3,44.
 - Los siguientes aspectos peor valorados, pero ya siempre con medias por encima de 4 son: el pasar frío en quirófano (4,1), la información recibida en la consulta (4,14), la posición cómoda durante la cirugía (4,25) y el despertar confortable en quirófano (4,21).
 - Las náuseas y vómitos postoperatorios han obtenido buena valoración (4,69).
 - Hemos realizado un estudio estadístico de las diferentes variables a estudio (edad, sexo, percepción por parte del paciente de su estado de salud previo al ingreso, grado de riesgo anestésico según la escala ASA, existencia de depresión, toma habitual de analgésicos, intervención quirúrgica, tipo de anestesia realizada, complicaciones en la unidad de reanimación postanestésica) para ver si existe relación estadísticamente significativa entre alguna de ellas y la valoración media que realiza el paciente de la atención anestésica recibida. Con los datos obtenidos hasta el momento no encontramos ninguna relación significativa que influya en los resultados obtenidos.
 - También hemos realizado un estudio de la relación entre valoración del dolor postquirúrgico y el tipo de intervención. Aquí sí que encontramos diferencias significativas entre los pacientes intervenidos de hombro y el resto de las intervenciones, siendo las de hombro menos dolorosas (valoración media 4,64).
 - En el estudio del resto de los ítems peor valorados y las diferentes intervenciones no hemos encontrado ninguna relación.
 - Sí que encontramos correlación entre las expectativas que tenía el paciente previas al ingreso y la valoración de los cuidados recibidos,
 - A la pregunta de si volverían a elegir el mismo equipo anestésico para operarse todos nuestros pacientes han respondido positivamente,
 - En el apartado de sugerencias solo han respondido 20 pacientes, la mayoría agradeciendo los cuidados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

recibidos y unos pocos recalando el malestar con alguno de los cuidados ya valorados en la encuesta que habían realizado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. En cuanto a la validez del formulario, vemos que la mayoría de los pacientes lo rellenan bien, excepto el primer apartado de valorar su estado de salud que solo lo han contestado 99.
2. Hemos realizado menos encuestas de las que nos habíamos propuesto, debido a que en un hospital con tanta presión asistencial como el nuestro es difícil sacar el momento para cualquier tarea extra. Pero nos parece que 167 es un número suficiente para hacer un sondeo de como valoran los pacientes nuestro trabajo que es el objetivo principal de este proyecto.
3. Nos parece pertinente seguir realizando las encuestas porque vemos que vamos obteniendo datos que nos ayudan a mejorar nuestra labor asistencial.
4. El nivel de satisfacción con los cuidados recibidos por parte del equipo de anestesia es alto y existe un bajo índice de complicaciones en la sala de despertar,
5. El dolor postoperatorio es el aspecto peor valorado de los cuidados anestésicos de nuestros pacientes. Siendo los procesos de osteosíntesis distales de las extremidades y las artrodesis de columna los peor controlados según nuestros resultados.
- Ya el año pasado se empezó a hacer seguimiento del dolor de los pacientes que reciben anestesia locoregional. Intentaremos este segundo trimestre realizar más encuestas a los pacientes sometidos a osteosíntesis de las extremidades para poder hacer una valoración más exhaustiva.
6. Destaca la baja incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios, pero seguiremos haciendo seguimiento para ver que continúa esta tendencia.
7. La información dada en la consulta también esta entre los items peor valorados, como ya ocurrió el año pasado, insistiremos otra vez en intentar ser más exhaustivos al explicarles cómo vamos a realizar las técnicas anestésicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/280 ===== ***

Nº de registro: 0280

Título
ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RODRIGUEZ CALVO CORAL, CARLUCCIO MARIA CRISTINA, CASTELLS MURILLO INMACULADA, FRACA CARDIEL CONCEPCION, GOMEZ MUÑOZ CONSUELO, GONZALO PELLICER INMACULADA, IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR, PASCUAL LOPEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En la Sección de Anestesia de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet se realizan a diario números procedimientos anestésicos utilizando técnicas muy diversas. Siendo un objetivo fundamental de los anestesistas proporcionar bienestar al paciente, es importante conocer el nivel de satisfacción del mismo con los cuidados recibidos para poder evaluar la calidad de nuestro trabajo y emprender acciones de mejora. La American Society of Anesthesiologists ha publicado que pasos se deben seguir en la elaboración de este tipo de encuestas para que sean válidas y fiables, debiendo cada profesional adaptarlas también a su entorno.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

El objetivo principal es elaborar una Encuesta de Satisfacción con los Cuidados Anestésicos que sea multidimensional, válida, fiable, consistente y sencilla de realizar.

El objetivo secundario sería realizar la encuesta a todos nuestros pacientes y analizar los resultados buscando qué aspectos de nuestra atención podemos mejorar.

MÉTODO

1. Generar una lista de los factores relacionados con la anestesia que más influyen en la satisfacción del paciente mediante revisión de bibliografía y realización de entrevistas a profesionales y pacientes. Equipo de Mejora
2. Distribución de esta lista a 150 pacientes en la planta de hospitalización para que ponderen la importancia que dan a cada factor. Inmaculada Castells, Pilar Ibañez y Merche Pascual
3. Evaluación de los resultados obtenidos Cristina Carluccio y Concepción Fraca
4. Realización de un Cuestionario de Satisfacción piloto. Consuelo Gomez e Inmaculada Gonzalo
5. Distribución de este cuestionario a 300 pacientes. Inma Castells, Pilar Ibañez y Mercedes Pascual
6. Análisis estadístico de las respuestas obtenidas. Coral Rodriguez
7. Elaboración de un cuestionario definitivo. Equipo de Mejora

INDICADORES

- Indicador de realización: número de pacientes y profesionales que responden al primer cuestionario.
- Indicador de resultados: Documento que analice las respuestas del primer cuestionario.
- Indicador de realización: Número de pacientes que responden al segundo cuestionario.
- Indicador de resultados: Análisis del segundo cuestionario
- Indicador de realización: elaboración de la Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN

- de octubre de 2016 a octubre 2017
- Generación del primer cuestionario OCT16
- Distribución de 150 cuestionarios NOV y DIC 16
- Evaluación resultados del primer cuestionario ENE17
- Elaboración segundo cuestionario ENE 17
- Distribución del segundo cuestionario a 300 pacientes FEB, MAR, ABRI y MAYO17
- Análisis de resultados JUN17
- Elaboración encuesta definitiva SEP, OCT 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0392

1. TÍTULO

MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

Fecha de entrada: 23/01/2018

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
TARANCON ROMERO MARIA ELENA
BORQUE MARTIN JOSE LUIS
GOMEZ RAMOS NEREA
DELGADO DOMINGO JUAN
CASTILLO AZNAR JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se llevó a cabo la elaboración de los monográficos y las hojas de información para las pacientes durante los primeros meses del proyecto (Octubre y Noviembre). Posteriormente, se realizaron varias reuniones con el Servicio de Obstetricia (a lo largo de Diciembre, Enero y Febrero) para mostrar las hojas de información y concretar las tareas a realizar para el proyecto. A continuación se desarrolló el Proyecto, de forma que las pacientes recibieron la información pertinente con respecto a la analgesia epidural en reuniones informativas del Servicio de Anestesiología, y además se pudo evaluar de forma programada en el preoperatorio a aquellas pacientes con patología concomitante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos marcados fueron conseguidos.

- Por un lado la mejora de la información a las pacientes sobre analgesia epidural fue notable, con una mayor afluencia de pacientes a las reuniones informativas del Servicio de Anestesiología de Maternidad, pasando de una media de 13 pacientes a 25. (Datos recogidos de la participación en las reuniones informativas realizadas, contabilizando).

- Asimismo, se consiguió que las pacientes con patología fueran remitidas a la consulta de preanestesia para la optimización de cara al parto. De esta manera, de una media de 1 paciente mensual mandada a la consulta de preanestesia pasamos a una media de 15. (Datos recogidos en la consulta de preanestesia, pacientes obstétricas citadas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora trabajó en conjunto y de manera organizada para llevar a cabo las actividades correspondientes, lo que ha quedado reflejado en los buenos resultados obtenidos. Sin embargo, sería necesario continuar con el trabajo al respecto e incluir en el proyecto a miembros del Servicio de Obstetricia, para conseguir la optimización de todas las pacientes obstétricas en el momento del parto. Asimismo, sería deseable lograr que la información en relación a la analgesia obstétrica llegara a todas las pacientes previamente al parto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/392 ===== ***

Nº de registro: 0392

Título
MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

Autores:
PEÑA DE BUEN NATALIA, ROVIRA FLORES EVA, TARANCON ROMERO MARIA ELENA, BORQUE MARTIN JOSE LUIS, GOMEZ RAMOS NEREA, DELGADO DOMINGO JUAN ANTONIO, CASTILLO AZNAR JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Gestante
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0392

1. TÍTULO

MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La analgesia epidural es un procedimiento habitualmente utilizado en el trabajo del parto, que permite el alivio del dolor y disminuye la ansiedad materna. En el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) este procedimiento es habitual, con un número de epidurales entre 2300 y 3400 al año. Sin embargo, existe un importante desconocimiento de la técnica por parte de las pacientes, así como sus complicaciones, riesgos y beneficios. Durante dos días al mes se realizan unos coloquios por parte del Servicio de Anestesiología para mejorar la información al respecto, no obstante son pocas las gestantes que pueden acudir a las mismas (problemas de horario, de distancia...).

La consulta de preanestesia forma parte de la evaluación y la preparación previa a cualquier procedimiento anestésico, sin embargo en numerosos centros como en el nuestro las mujeres gestantes no son citadas ni evaluadas en la misma. En consecuencia, la evaluación preanestésica es preciso llevarla a cabo en el momento previo a la analgesia epidural, lo que supone un retraso en el procedimiento y en ocasiones una denegación del mismo, debido a que las condiciones para realizar la técnica no son óptimas.

Por todo ello, consideramos necesaria una mejora en el proceso previo a la analgesia epidural de manera que las pacientes estén informadas de la técnica de manera óptima, y si es necesario por la patología concomitante, puedan ser evaluadas previamente al procedimiento anestésico en las consultas evitando retrasos y denegaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Los principales objetivos son:

Mejorar la información de las pacientes sobre la analgesia epidural, procedimiento, riesgos y beneficios en unas condiciones óptimas.
Evitar retrasos y denegaciones de la analgesia epidural.

MÉTODO

- Creación de monográficos informativos para el Servicio de Anestesiología y Reanimación, así como para el Servicio de Obstetricia. De esta manera se informará al personal implicado en el proceso.
- Creación de unas hojas de información sobre la técnica epidural, que se repartirán junto con el consentimiento informado en la ecografía del tercer trimestre ya que esta consulta es la de mayor cumplimiento o afluencia. De esta manera, se permitirá su lectura previamente al parto y en unas condiciones óptimas.
- Creación de una hoja y sistema de recogida de datos. Por un lado, se recogerán los datos relativos al número de embarazadas con patología que fueron remitidas a la consulta de preanestesia y aquellas que no. Además, se tomarán los datos del número de gestantes que obtuvieron las hojas de información y el consentimiento informado previamente al parto, a partir de la implantación del Proyecto, en comparación con las que lo hacían previamente.
- La participación en el proyecto será de todos los miembros incluidos en el Proyecto, coordinados por el responsable del proyecto.

INDICADORES

- Se evaluará la tasa de cumplimiento por parte de los servicios implicados comparando los datos previos a la implantación del Proyecto y posteriores.
- Se valorará el número de pacientes con patología remitidas a la consulta de preanestesia, y aquellas que no a través de las hojas de recogida de datos.
- Se valorará el número de pacientes con que han obtenido las hojas de información y el consentimiento previamente al proceso analgésico a través de las hojas de recogida de datos.
- Se estudiará el grado de satisfacción de la paciente con la mejora de la información al respecto, mediante un cuestionario.
- Se evaluará el número de gestantes que acuden a los coloquios de información pre- y postimplantación del Proyecto.

DURACIÓN

- Elaboración de los monográficos, de las hojas de información a las pacientes y de las hojas de recogida de datos: Octubre y Noviembre de 2016.
 - Formación de los Servicios implicados: Enero y Febrero de 2017.
 - Desarrollo del Proyecto: desde Marzo a Octubre de 2017.
 - Evaluación final: Noviembre de 2017.
- Total: desde Octubre a Noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0425

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ROBERTO CARBONELL BERNAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DELGADO MARTINEZ JULIO
RODRIGO PALACIOS JAVIER
GOMEZ GOMEZ ROBERTO
GOMEZ MUÑOZ CONSUELO
GONZALO PELLICER INMACULADA
POLO PELLICENA MARCOS
GARCIA HERNANDEZ ALEJANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión continua de la literatura.
Seguimiento e información del protocolo de manejo perioperatorio de transferencias microquirúrgicas de tejidos a los profesionales implicados de los Servicios de Cirugía Plástica y Anestesiología.
Modificación del protocolo de antiagregación ampliándose a todo el período perioperatorio.
Seguimiento y confirmación del uso de la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno como método válido para el control de la viabilidad de injertos.
El objetivo señalado en la presentación del proyecto de desarrollo como proceso no se ha realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Siendo un proyecto de continuación y seguimiento y dado que la memoria precedente se presentó con los resultados de 2015, aquí se han incluido los datos recogidos correspondientes a 2016 y 2017.
En las 37 transferencias microquirúrgicas para cirugía reconstructiva de la mama, se ha usado la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno en 35 casos, ya que hubo dos fracasos intraoperatorios que no dieron opción a monitorización por lo que se excluyeron a efectos de validación de dicha monitorización.
Se ha constatado consenso en el manejo perioperatorio en cuanto a control, medición y registro de la temperatura, administración de fármacos y manejo de la fluidoterapia, no repitiéndose el problema señalado en la memoria anterior en cuanto a disponibilidad de dispositivos calentadores, estableciéndose como tal la manta de aire.
Indicadores:
Tasa de supervivencia del injerto monitorizado : nº injertos viable/ nº injertos realizados 29/35=82% (objetivo 90%). Este indicador se encuentra modificado dada la circunstancia ya comentada de los fracasos inmediatos considerados como cirugía no realizada o concluida, en los que no se pudo monitorizar y que supondría un sesgo a efectos del estudio precisamente de la validación de la monitorización.
Tasa de fallos del injerto detectados mediante monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno: nº fallos detectados/ nº total de fallos 6/6=100% (objetivo 90%)
Eficacia de la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno: nº colgajos salvados/ nº trombosis detectadas 2/6=33% (objetivo 65%)
El impacto de la monitorización supuso un aumento de la tasa de supervivencia al alta hospitalaria del 82% (29/35) al 85% (30/35). No fue del 88% (31/35), ya que aunque se recuperaron dos colgajos, como se observa en el indicador arriba expuesto, el día previo al alta hospitalaria tras cinco días de ingreso sin incidencias, se trombosó un caso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras tres años de recogida de datos y habiendo realizado el seguimiento en este proyecto de mejora del anterior de 2015, se puede considerar que el manejo perioperatorio de transferencias microquirúrgicas de tejidos relacionado con el proceso reconstructivo de mama, está implantado, consensuado y aceptado por todos los implicados en la actuación perioperatoria.
Dados los resultados obtenidos en cuanto a recuperación de colgajos, la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno como método para el control de la viabilidad de injertos, también se empezó a utilizar en las transferencias de tejidos en defectos cutáneos de localizaciones diferentes a la reconstrucción mamaria, aunque por tamaño o localización de los mismos no siempre es posible la colocación del dispositivo de monitorización. A pesar que en la memoria anterior se indicó la exclusión de estas transferencias, dado el aumento del uso de la monitorización en ellas, se debería realizar un seguimiento similar al que nos ha ocupado con la reconstrucción mamaria.

7. OBSERVACIONES.

Valorar el realizar seguimiento de las transferencias de tejidos en defectos cutáneos de localizaciones diferentes a la reconstrucción mamaria, del mismo modo que se ha hecho en la misma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0425

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/425 ===== ***

Nº de registro: 0425

Título
MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)

Autores:
CARBONELL BERNAL ROBERTO, DELGADO MARTINEZ JULIO, RODRIGO PALACIOS JAVIER, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, GOMEZ MUÑOZ CONSUELO, GONZALO PELLICER INMACULADA, POLO PELLICENA MARCOS, GARCIA HERNANDEZ ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Como fue explicado en la solicitud del proyecto inicial, la transferencia de tejido libre con técnicas microquirúrgicas es una técnica cada vez más utilizada en cirugía reconstructiva de la mama y de defectos cutáneos complejos. Actualmente el porcentaje de supervivencia del injerto es muy alto, pero la pérdida del mismo, aunque poco frecuente, tiene graves consecuencias para los pacientes.
Aunque no hay un consenso en el manejo perioperatorio de estos pacientes, sí existen una serie de factores, identificables según bibliografía potencialmente modificables y controlables, que influyen en los resultados de supervivencia del injerto y sobre los que nos propusimos actuar en el proyecto de 2015.
Los resultados fueron óptimos, como quedó reflejado en los indicadores evaluadores en la memoria correspondiente, logrando un consenso en el manejo perioperatorio, así como un buen índice de viabilidad.
La necesidad de continuación viene dada por el aumento de fracasos posteriores, lo que requiere un manejo multidisciplinar en el periodo perioperatorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el manejo multidisciplinar perioperatorio de estos pacientes para disminuir las complicaciones y conseguir un porcentaje de supervivencia del implante de alrededor del 90%.
Actualizar el protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia con el objetivo de desarrollar un proceso. Validar la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno como método de control de la viabilidad del injerto.

MÉTODO
Revisión de la literatura sobre manejo perioperatorio de los pacientes sometidos a transferencia microquirúrgica de tejidos e incorporación de los datos al protocolo de manejo perioperatorio ya existente. La revisión de la literatura y aplicación del protocolo se realizará por parte de los componentes del Servicio de Anestesia y Reanimación que pertenecen a este grupo de mejora.
Se modificará el protocolo de antiagregación ampliándolo a todo el periodo perioperatorio.
Durante las primeras 48 horas de postoperatorio se combinará la monitorización clásica (exploración + doppler) con la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno para controlar la validez del injerto y poder valorar la eficacia y ventajas de la monitorización continua. Esta actividad se realizará por el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.
Elaboración y consolidación del proceso de transferencias microquirúrgicas de tejidos en cirugía plástica.
Para evaluar el proyecto se monitorizarán cada 6 meses los indicadores por parte de los doctores Roberto Carbonell y Julio Delgado.

INDICADORES
Tasa de supervivencia del injerto.
 N° injertos viable / N° injertos realizados x 100 = 90 %

Tasa de fallos del injerto detectados mediante monitorización de la saturación tisular de O2
 N° de fallos detectados / N° total de fallos x 100 = 90%

Eficacia de la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno
 N° de colgajos salvados / N° de trombosis detectadas x 100 = 65%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0425

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)

Elaboración del proceso y presentación a la Unidad de Calidad Asistencial.
Los indicadores se monitorizarán semestralmente con datos obtenidos de la Historia Clínica del paciente.

DURACIÓN

Durante el segundo trimestre de 2016 se realizará la revisión de la literatura y del protocolo de manejo perioperatorio.
En junio de 2017 se evaluarán los indicadores y se elaborará memoria para la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet, finalizando el proyecto en diciembre 2017.
De junio a octubre de 2017 se elaborará el proceso.

OBSERVACIONES

Dada la cada vez mayor frecuencia de realización de transferencias microquirúrgicas de tejidos, en el proyecto de 2015 se indicó la intención de valorar la aplicación del protocolo al manejo de las transferencias microquirúrgicas realizadas por otros servicios quirúrgicos del Hospital Universitario Miguel Servet. Vista la necesidad de ampliación el proyecto y recogida de más datos, es una actividad no realizada y todavía pendiente, realizable en función de los resultados obtenidos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0522

1. TÍTULO

ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL HU.MSERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

Fecha de entrada: 20/02/2018

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.
LAFUENTE OJEDA NOELIA
PEÑA DE BUEN NATALIA
GARCES SAN JOSE CRISTINA
DELGADO DOMINGO JUAN ANTONIO
CASTILLO AZNAR JESUS
VIGUERA FERNANDEZ LAURA
TRES RITTERBACH EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizadas encuestas de conocimiento en dolor en enfermería, médicos y satisfacción del tratamiento del dolor e los pacientes.
Realizados y aplicados protocolos de tratamiento de dolor agudo en el Servicio de Urología.
Realizado y aplicado el protocolo de tratamiento del dolor agudo en la cirugía oncológica de mama en el Servicio de Cirugía General.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido disminuir la incidencia de dolor moderado severo en la planta de cirugía comparando las encuestas de satisfacción de los pacientes.
Ha disminuido la incidencia de dolor y náuseas y vómitos en la cirugía de la mama.
Se han realizado sesiones de formación en dolor en los servicios de Anestesiología y Urología y URPA y planta de Urología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha resultado por el momento imposible llegar a un acuerdo para la protocolización del tratamiento analgésico de todos los Servicios quirúrgicos así como coordinar un plan de formación conjunto a médicos y enfermería quirúrgica.
Se ha solicitado material para la introducción de la analgesia controlada por el paciente que en el momento actual solo se puede aplicar en el tratamiento del dolor del parto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/522 ===== ***

Nº de registro: 0522

Título
ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL H.U.M SERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

Autores:
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, LAFUENTE OJEDA NOELIA, PEÑA DE BUEN NATALIA, GARCES SAN JOSE CRISTINA, DELGADO DOMINGO JUAN ANTONIO, CASTILLO AZNAR JESUS, VIGUERA FERNANDEZ LAURA, TRES RITTERBACH EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor agudo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0522

1. TÍTULO

ANÁLISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL HU.MSERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

PROBLEMA

Estudios epidemiológicos recientes muestran de forma incuestionable que la prevalencia del dolor agudo postoperatorio y su tratamiento siguen siendo deficitarios en nuestro entorno. El tratamiento insuficiente del dolor postoperatorio es, por tanto, un problema bien documentado que persiste a pesar de los avances en los conocimientos científicos sobre la fisiopatología del dolor, la introducción de nuevos fármacos y modalidades de tratamiento y la elaboración e implementación de guías. En la actualidad la prevención y tratamiento del dolor postoperatorio puede considerarse un fracaso terapéutico importante. Una reciente encuesta realizada entre los pacientes postoperados hospitalizados de nuestro hospital ha mostrado una incidencia de dolor agudo postoperatorio intenso mayor del 60 %.

Son múltiples las causas que influyen en este fracaso, entre las cuales podemos considerar como más importantes:

- Miedo exagerado a los efectos indeseables de los opioides
- Prescripción de dosis inferiores a las analgésicas, utilizando pautas invariables independientemente del tipo de intervención o paciente.
- Restricción en la administración de fármacos por parte de enfermería.
- Resignación de los pacientes a sufrir dolor y reticencia a pedir analgésicos.
- Desconocimiento de la magnitud del problema, del origen fisiopatológico y del diagnóstico preciso de los distintos cuadros dolorosos, así como de los medios de tratamiento.
- Falta de evaluación del dolor.
- Falta de formación tanto pregrado como posgrado en dolor.

Es este último punto el que consideramos fundamental para la persistencia de una incidencia y prevalencia de dolor agudo postoperatorio severo intolerable. Nuestro objetivo es analizar la prevalencia de dolor agudo postoperatorio en nuestro hospital así como conocer las necesidades de formación, tanto de médicos como de enfermeras que tratan pacientes con dolor agudo postoperatorio, para poner en marcha un programa de formación como primer paso para el establecimiento de una Unidad de Dolor Agudo en nuestro hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos conocer la intensidad e incidencia de dolor agudo en nuestro hospital. Descubrir los conocimientos sobre dolor del personal del hospital y sus necesidades de formación. Si la intensidad de dolor agudo es elevada descubrir cuáles son los motivos de la misma para poner en marcha medidas correctoras. Iniciar medidas de formación para: Concienciar al personal sanitario del HUMS sobre la importancia del dolor agudo y los efectos deletéreos que el mismo puede suponer para el paciente; enseñar el manejo de técnicas analgésicas comunes y avanzadas; estandarizar la escala analgésica visual como medida estándar de evaluación del dolor conseguir que dicha evaluación se considere como la quinta constante de los pacientes postoperados. Todo ello destinado a reducir la incidencia de dolor agudo moderado y severo en los pacientes postoperados.

MÉTODO

Para ello se van a pasar encuestas de conocimientos en dolor y de estudio de necesidades al personal de enfermería quirúrgica y a los facultativos quirúrgicos. Se pasarán periódicamente encuestas a los pacientes postoperados que evalúen la intensidad del dolor, la presencia de efectos secundarios relacionados con el dolor y su tratamiento así como la satisfacción con el tratamiento del mismo. Se organizarán cursos acreditados para facultativos y enfermería sobre el tratamiento del dolor. Se realizarán sesiones en los servicios quirúrgicos de cirugía general, vascular, torácica, cardiovascular, urología, otorrinolaringología y maxilofacial para concienciar de la importancia del tratamiento del dolor y explicar las técnicas analgésicas disponibles. Se elaborarán nuevos protocolos analgésicos y una guía para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. También se elaborará una guía para los pacientes que explicará la importancia del tratamiento del dolor y las posibilidades de tratamiento disponibles.

INDICADORES

Se considerará que se ha cumplido la evaluación del dolor agudo postoperatorio en los pacientes si se completan al menos 150 encuestas al trimestre. Las encuestas de facultativos y personal de enfermería deberán haber sido rellenadas al menos por el 50 % del personal implicado. Se deberán haber realizado al menos dos cursos de formación para enfermería y uno para médicos. Se deberán haber realizado sesiones temáticas de dolor agudo postoperatorio en todos los servicios quirúrgicos mencionados.

DURACIÓN

Las encuestas al personal sanitario se deberán haber recogido y analizado antes de fin de 2016, igualmente las primeras encuestas de intensidad y satisfacción de los pacientes.

EL primer curso de formación en dolor agudo para enfermería tendrá lugar en el primer trimestre de 2017 y el segundo en el segundo semestre. EL curso de formación para médicos, protocolos y guía de tratamiento y para pacientes debe estar realizado antes de fin de 2017.

OBSERVACIONES

Esta proyecto es la primera fase de un programa para el tratamiento integral del dolor agudo en nuestro hospital como paso previo a la instauración de una unidad de dolor agudo que abarque no solo al hospital general, sino también a traumatología, maternidad y hospital infantil, para conseguir que nuestro hospital pase a formar parte de los hospitales sin dolor.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0522

1. TÍTULO

ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL HU.MSERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0624

1. TÍTULO

BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ADELA RUIZ DE LA CUESTA MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI MARIA PILAR
COLOMINA CALLEN LORENA
QUESADA GIMENO NATIVIDAD
PASCUAL BELLOSTA ANA MARIA
BELLO DRONDA SALVADOR
ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION
GARCIA FAU MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º. El Anestesiólogo realizó una valoración preanestésica FAST-TRACK (30 minutos antes de la realización de la broncoscopia), para realización de dicha técnica bajo sedación profunda, en los pacientes que lo precisaron y que cumplieran los requisitos pertinentes. Se explicó al paciente en qué consistía la técnica anestésica a realizar y los riesgos derivados de sus patologías basales.

2º El Anestesiólogo obtuvo el Consentimiento Informado por escrito por parte de los pacientes que resultaron "APTOS" en la valoración FAST-TRACK, para realización de sedación profunda.

3º Se realizó la broncoscopia bajo sedación profunda de los pacientes. Durante la misma, el Anestesiólogo registró los casos de desaturación que se presentaron (saturación de O₂ < 90% o descenso en la saturación de O₂ > 7% de la basal en pacientes con saturación basal de O₂ <92%).

4º Se registraron los casos de agitación que se presentaron durante la realización de la broncoscopia y que impidieron la realización de la misma.

5º 30 minutos después de concluida la broncoscopia se valoró la satisfacción del paciente respecto a la técnica empleada.

6º Se evaluó el número de efectos adversos (desaturación y agitación) que sucedieron durante la broncoscopia bajo sedación profunda (realizada por un Anestesiólogo) frente a los presentados en pacientes en los que se realizó broncoscopia bajo ansiólisis por parte de Neumólogo (técnica convencional).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Broncoscopias bajo sedación profunda (Anestesiólogo) realizadas:38. Desaturaciones:1. Agitación: 0

- Broncoscopias bajo ansiólisis (Neumólogo): 384. Desaturaciones:23. Agitación:7

- Sólo 1 de los pacientes a los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (por Anestesiólogo) se desaturó (!/38=0,026), frente a los 23 pacientes que se desaturaron en la broncoscopia con ansiólisis convencional (23/384=0,059).

- En 7 pacientes bajo ansiólisis convencional no se pudo realizar la broncoscopia debido a agitación (7/384=0,018) frente a ningún caso de agitación entre los pacientes cuya broncoscopia se realizó bajo sedación profunda.

- El 100% de los pacientes cuya broncoscopia se realizó bajo sedación profunda estarían dispuestos a repetirse la prueba frente al 93% de los pacientes que estarían dispuestos a repetírsela bajo sedación convencional (27 pacientes de los 384 no se la repetirían).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de broncoscopias bajo sedación profunda (Anestesiólogo) permite la realización del 100% de las mismas, con una mayor seguridad para el paciente (sólo 1 de cada 38 pacientes se desaturó: 2,6%) y una mejora en la satisfacción del paciente (encuesta de calidad y satisfacción: el 100% de los pacientes estarían dispuestos a repetirse dicha prueba).

Si bien es cierto que el número de desaturaciones presentadas en los pacientes en los que se realizó ansiólisis convencional por el Neumólogo es relativamente bajo (5,9%) y las suspensiones de la prueba por agitación en este último grupo de pacientes también lo es (1,8%), el paciente que no recibe sedación profunda administrada por un Anestesiólogo presenta un riesgo dos veces mayor de desaturarse (RR=2,26)

La seguridad del paciente es primordial y este hecho, sumado al alto grado de satisfacción que presentan aquellos en los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (Anestesiólogo), así como a la nula suspensión por agitación en estos casos, nos permite afirmar que la realización de broncoscopias bajo sedación profunda administrada por un Anestesiólogo supondría un importante beneficio para los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/624 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0624

1. TÍTULO

BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Nº de registro: 0624

Título
BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Autores:
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA, JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI MARIA PILAR, QUESADA GIMENO NATIVIDAD, PASCUAL BELLOSTA ANA MARIA, ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION, COLOMINA CALLEN LORENA, GARCIA FAU MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes a los que se les va a realizar una broncoscopia son susceptibles de presentar unos efectos adversos (desaturación y agitación) durante la realización de la misma, que dificulten o incluso impidan la realización de dicha técnica. Habitualmente la broncoscopia es realizada bajo ansiólisis por un Neumólogo. Determinados pacientes programados para realización de broncoscopia requieren sedación profunda por parte de Anestesiología. En nuestro Servicio implantamos durante el año 2015 un programa de "Valoración Anestésica Fast-track para realización de broncoscopia bajo sedación profunda" (incluido en los Programas de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el servicio Aragonés de Salud de 2015) que nos permitió mejorar la EFICIENCIA en la valoración preanestésica de este tipo de pacientes, mejorar la EFICIENCIA en la realización de broncoscopias bajo sedación profunda y mejorar la CALIDAD de la atención a este tipo de pacientes.
Con nuestro presente proyecto pretendemos aumentar el número de pacientes en los que se realizará broncoscopia y disminuir los efectos adversos derivados tanto de la patología basal del paciente como de la técnica a realizar.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la EFICIENCIA en la realización de broncoscopias.
- Mejorar la SEGURIDAD de los pacientes a los que se realiza la broncoscopia.
- Mejorar la CALIDAD de la atención a este tipo de pacientes.

MÉTODO
1º. El Anestesiólogo realizará una valoración preanestésica FAST-TRACK (30 minutos antes de la realización de la broncoscopia), para realización de dicha técnica bajo sedación profunda, en los pacientes que lo precisen y que cumplan los requisitos pertinentes. Le explicará al paciente en qué consiste la técnica anestésica a realizar y los riesgos derivados de sus patologías basales.
2º El Anestesiólogo obtendrá el Consentimiento Informado por escrito por parte de los pacientes que resulten "APTOS" en la valoración FAST-TRACK, para realización de sedación profunda.
3º Se realizará la broncoscopia bajo sedación profunda de los pacientes. Durante la misma, el Anestesiólogo registrará los casos de desaturación que se presenten (saturación de O₂ < 90% o descenso en la saturación de O₂ > 7% de la basal en pacientes con saturación basal de O₂ < 92%).
4º Se registrarán los casos de agitación que se presenten durante la realización de la broncoscopia y que impidan la realización de la misma.
5º 30 minutos después de concluida la broncoscopia se valorará la satisfacción del paciente respecto a la técnica empleada.
6º Se evaluará el número de efectos adversos (desaturación y agitación) que suceden durante la broncoscopia bajo sedación profunda (realizada por un Anestesiólogo) frente a los presentados en pacientes en los que se realiza broncoscopia bajo ansiólisis por parte de Neumólogo (técnica convencional).

INDICADORES
- Cálculo de la razón entre el número de desaturaciones presentes en pacientes a los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (APTOS en la valoración preanestésica FAST-TRACK) y las desaturaciones presentes en las broncoscopias realizadas bajo ansiólisis por Neumólogo (técnica convencional).
- Cálculo de la razón entre el número de casos de agitación que imposibiliten la realización de broncoscopia presentes en pacientes a los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (APTOS en la valoración preanestésica FAST-TRACK) y los casos de agitación presentes en las broncoscopias realizadas bajo ansiólisis por Neumólogo (técnica convencional).
- Mejora en la CALIDAD asistencial a estos pacientes (encuesta de SATISFACCIÓN).

DURACIÓN
Inicio del proyecto: 1 de junio de 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0624

1. TÍTULO

BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Duración del proyecto: 1 año (hasta el 1 de junio de 2017).

Cronograma:

- 1º Del 1-5 junio de 2016: Puesta en común del proyecto con el Neumólogo responsable de la Sección de Broncoscopias. Presentar los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes. Protocolos de suspensión de antiagregación y anticoagulación, así como de tratamiento sustitutivo en los casos necesarios (prueba invasiva). Protocolo de ayunas para los distintos tipos de alimentos. Dudas y preguntas.
- 2º Del 8 junio de 2016 - 1 junio 2017: selección de pacientes por parte de Neumología. Realización de consulta preanestésica FAST-TRACK a todos ellos, 30 minutos antes de la realización de la broncoscopia bajo sedación profunda. Realización de ENCUESTA DE SATISFACCIÓN a los pacientes.
- 3º Evaluación del proyecto al año de su implementación (1 junio 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0865

1. TÍTULO

CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ALBERTO SANJUAN VILLARREAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO GARCIA BORJA
VALLES TORRES JORGE
BARRADO GIL PEDRO
PUERTOLAS ORTEGA MARIA
MOLINOS ARRUEBO IRENE
COTERA USUA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se optó por el uso de guías tipo SENSAR (Sistema de Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y reanimación) para su implantación.
- Se distribuyeron las guías en los quirófanos cubiertos por la unidad de Anestesia cardiotorácica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tan solo se comunicaron dos informes de uso de las guías, posiblemente debido al carácter no anónimo de la comunicación. En ambos casos se observó positivo el apoyo de las guías cognitivas para el tratamiento del evento adverso. Otra razón de la pobre comunicación podría ser la infrecuencia de eventos adversos "atípicos" que precisen del uso de las guías.

Todos los integrantes de la unidad valoraron como conveniente tener guías cognitivas a su disposición.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La opción de comunicación de eventos críticos de forma "no anónima" dificulta el caso de recogida de informes. Se recomienda el uso de sistemas de comunicación anónima tipo SINASP (genérico) o SENSAR (Anestesiología).
- Se precisa redefinir los eventos críticos que aparecen en las guías que disponemos.
- Se ha creado una cultura de seguridad. Un miembro de la unidad ha entrado a formar parte en el comité de seguridad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/865 ===== ***

Nº de registro: 0865

Título
CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

Autores:
SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, RUBIO GARCIA BORJA, VALLES TORRES JORGE, BARRADO GIL PEDRO, PUERTOLAS ORTEGA MARIA, MOLINOS ARRUEBO IRENE, COTERA USUA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sometidos a cirugía cardíaca, vascular o torácica.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA

Los pacientes sometidos a cirugía vascular, cardíaca o torácica son pacientes habitualmente pluripatológicos que van a ser sometidos a un estrés quirúrgico, lo que puede colocar al paciente en situaciones de riesgo vital. Cuando la asistencia se produce en situaciones urgentes y graves, el estrés, la complejidad y la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0865

1. TÍTULO

CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

intervención de múltiples participantes favorecen los eventos adversos. La Declaración de Helsinki para la Seguridad del paciente propone crear "manuales de ayuda cognitiva" como una línea estratégica más para reforzar la seguridad del paciente. En este sentido se han creado guías generalistas para Anestesia como la "Guía Stanford de Emergencias" o la "Guía SENSAR". Nuestra intención es realizar una guía específica para la anestesia en las cirugías previamente especificadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la asistencia al paciente en situaciones críticas que se puedan encontrar en anestesia cardíaca, vascular y torácica: optimizando el manejo y evitando que las prescripciones causen daño añadido.

MÉTODO

Creación de un manual escueto que pueda servir de "ayuda cognitiva" a los profesionales que están manejando la situación de crisis clínica. Ayudando a establecer de forma ordenada los pasos fundamentales en el manejo de la situación clínica, evitando las acciones innecesarias o la omisión de pautas de tratamiento adecuadas a cada situación.

INDICADORES

Como indicadores se utilizaran:

- Informe de cada situación crítica en la que se ha usado el manual.
- Encuesta de satisfacción a los profesionales a los que va dirigido el manual

DURACIÓN

La duración del proyecto es de 9 meses:

- Selección de las situaciones críticas a incluir en el manual (1 mes).
- Reparto de los temas a tratar entre los miembros del grupo y redacción de los temas. (2 meses)
- Revisión por pares de los temas por si hubiera que modificarlos (1 mes).
- Edición del manual (15-30 día).
- Implantación del manual en quirófanos para su evaluación (4-4'5 meses)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 18/01/2019

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.

GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ
LAGLERA TREBOL SALVADOR
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
HERRANZ ANDRES PILAR
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAFAEL
CARBONELL BERNAL ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- Stock de 2 concentrados de hematíes 0 negativos en neveras apropiadas para conservarlos, localizadas en urgencias y el bloque quirúrgico. (21-XI-2017)
- 2- Instrucción sobre el control de temperatura de la nevera que vigilan y registran las enfermeras (20-XI-2017)
- 3-Implantación del proceso de registro y reposición de las condiciones de conservación, a quien se transfunde, quien transfunde, y quien repone los concentrados de hematíes de estas neveras (21-XI-2017 hasta ahora)
- 4-Albarán con fecha y hora de salida de urgencias y QNO y fecha y hora de devolución, para poder realizar su trazabilidad (modelo 1475) según modelo informatizado en uso en el servicio de urgencias, o, si no se han utilizado (se cambian cada 21 días) o deben darse de baja por otro motivo (rotura...)(21-XI-2017)
- 5- Estandarización e implantación de la comprobación del grupo sanguíneo a la cabecera del paciente que se va a transfundir (2016-2017)
- 6-Instrucción para los celadores indicando donde están las neveras con el stock de 2 concentrados de hematíes 0 negativos.
- 7-Se ha actualizado el protocolo de hemorragia masiva y se han dado 4 sesiones en urgencias y otras 4 en el bloque quirúrgico, se han dado protocolos de bolsillo, y, se han colocado poster en los puntos donde puede haber una hemorragia masiva. El protocolo se ha colgado en intranet (2016-2018)
- 8-Se han conseguido Neveras específicas para el transporte de los hemo componentes de la hemorragia masiva desde el banco de sangre a urgencias o el bloque quirúrgico (VII-2017)
- 9-Se ha creado una petición informática para el área de urgencias del paquete de hemorragia masiva (XII-2017)
- 10-Se ha creado un registro para el seguimiento de los pacientes con hemorragias masivas y el uso de los concentrados de hematíes 0 negativos de las neveras (V-2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1-Desde 31-mayo del 2018 a 31-diciembre 2018, se han transfundido 28 concentrados de hematíes 0 negativo procedentes de las neveras de urgencia vital a 21 pacientes que han llegado a urgencias con una hemorragia masiva, el tiempo entre la solicitud del concentrado y la transfusión ha sido menor de 5 minutos en todos los casos. (1-estándar era: 5 minutos. 2-Fuente: el registro de pacientes transfundidos con concentrados de las neveras, y, preguntando específicamente a los médicos y enfermeras que han asistido una hemorragia masiva en urgencias. El tiempo previo entre la solicitud y la transfusión eran 17 minutos)
- 2-Desde 31-mayo del 2018 a 31-diciembre 2018, se han transfundido 20 concentrados de hematíes 0 negativo procedentes de las neveras de quirófanos a 13 pacientes que han desarrollado una hemorragia masiva en quirófano, el tiempo entre la solicitud del concentrado y la transfusión ha sido menor de 5 minutos en todos los casos. (1-estándar era: 5 minutos. 2-Fuente: el registro de pacientes transfundidos con concentrados de las neveras, y, preguntando específicamente a los médicos y enfermeras que han asistido una hemorragia masiva en el bloque quirúrgico, el tiempo en la transfusión antes del proyecto podía alcanzar los 20 minutos en algunos quirófanos)
- 3-Mortalidad en politraumatizado grave que llega vivo al hospital y presenta una hemorragia grave o masiva: 23% (1-estándar era: < 40%. 2-Fuente: revisión retrospectiva de las historias clínicas de politraumatizados graves con hemorragia grave o masiva. 3-obtención: revisión de los politraumatizados que han precisado concentrados 0 negativos en la urgencia o el bloque quirúrgico)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1-Una de las piedras angulares en la implantación de los proyectos de calidad que modifican la rutina, es planificar detalladamente las instrucciones necesarias para que el proyecto se cumpla, preguntando los pequeños detalles a todos los profesionales implicados.
- 2- Las medidas que solucionan los problemas habituales y graves en el hospital, se implantan más fácil que las que ahorran dinero

7. OBSERVACIONES.

El proyecto ha salvado vidas y ha mejorado el sentir de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1008 ===== ***

Nº de registro: 1008

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ, CARBONELL BERNAL ROBERTO, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, HERRANZ ANDRES PILAR, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CARLUCCIO MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Transfusión perioperatoria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha estudiado el circuito de transfusión y la disponibilidad urgente de concentrados de hematíes en quirófano. Se ha detectado que los tiempos de transfusión urgente son excesivos, debido a la distancia entre el banco de sangre y los quirófanos y, a la falta de un circuito eficaz. Esta demora transfusional, ha supuesto un aumento de morbilidad y mortalidad y una frustración de los profesionales. El proyecto es de importancia vital, porque se pueden salvar vidas, evitar complicaciones y costes.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Crear un circuito eficiente para evitar demoras en la transfusión necesaria
2- Crear una cultura que evite la transfusión evitable.
3- Registrar las actuaciones

MÉTODO
1º Análisis de los procesos que requieren transfusión urgente en quirófano
2º revisión del circuito, petición electrónica de sangre, registro eficaz
3º Formación sobre cuándo se debe transfundir y como hacerlo
4º medir los tiempos de respuesta el inicio de la transfusión
5º Evaluar la necesidad y conveniencia de una nevera con termómetro en el bloque quirúrgico, para disponibilidad precoz de la sangre cruzada y urgente 0-

INDICADORES
1- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía programada
2- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía urgente

DURACIÓN
Inicio: Noviembre 2016
Formación de los profesionales (Médicos, enfermeras, auxiliares, celadores) desde octubre 2016
Medición de los indicadores en el bloque quirúrgico: Noviembre-Diciembre
Reuniones para crear un protocolo y un circuito eficiente hasta Marzo
Protocolo de bolsillo para todos los profesionales de quirófano Marzo-Abril
Implementación del circuito Abril-Noviembre
Creación de un registro informático desde el inicio al fin del proyecto
Fin: Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 07/02/2018

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.

GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ
LAGLEIRA TREBOL SALVADOR
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
HERRANZ ANDRES PILAR
CARBONELL BERNAL ROBERTO
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES
BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mejora de la disponibilidad de concentrados de hematíes 0 negativos en la hemorragia grave y masiva:
1-Se ha aumentado el stock hospitalario de concentrados de hematíes 0 negativos (CH-0-) en 4 unidades.
2-Se han colocado 2 neveras con termómetro, para la conservación de 2 CH-0- en cada nevera.
3- Se ha creado una rueda de registro de temperatura por turno de enfermería, en cada nevera.
4- Se ha creado una instrucción sobre la actuación, si la temperatura de las neveras aumenta de 6°C o disminuye de 2 °C, para ser implementada por las enfermeras.
5- Se ha establecido un circuito de petición, mantenimiento, y recambio, de los CH-0- con información clave para las enfermeras y médicos (de urgencias y quirófano) que puedan tener que atender una hemorragia masiva.
6- Se ha implantado registrar que se ha realizado el grupo sanguíneo a la cabecera, en el formulario de solicitud de sangre para una urgencia vital.
7- Se han impartido sesiones a los celadores que transportan la sangre, y a las enfermeras y los médicos que la transfunden.
8- Se ha creado un protocolo de seguimiento de las hemorragias masivas, para poder registrar como lo estamos haciendo y poder analizar las actividades que podemos seguir mejorando
9-Se ha solicitado una segunda línea telefónica en banco de sangre, porque con frecuencia coinciden varias hemorragias con riesgo vital, y el único teléfono del banco de sangre está ocupado.
10- Se han impartido sesiones por servicio, y cursos con alumnos reducidos(1 al trimestre) a los médicos que tienen una hemorragia masiva, sobre el protocolo hospitalario, y se han colocado poster con el protocolo, en todos los quirófanos y área de urgencias, donde se tratan las hemorragias masivas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1-En el bloque quirúrgico está funcionando correctamente:
• el circuito de conservación de los CH-0-, el registro de la temperatura y, las actuaciones para que la temperatura sea adecuada en todo momento. Cada día se revisa el registro de temperatura y el uso y reposición de los CH-0-, un día falló la temperatura y se realizaron las debidas actuaciones para no desperdiciar los CH de las neveras.
• la utilización de los CH-0- y su reposición, tanto cuando se han utilizado, como cuando han caducado.
2- En los pacientes con hemorragia masiva, se han podido transfundir los CH-0- en los primeros 5 minutos tras detectar la hemorragia con riesgo vital, en lugar de demorar la transfusión los 17-35 minutos de promedio, que se tardaba antes de este circuito. Se midió el tiempo desde que se detecta la urgencia vital por hemorragia hasta que se inicia la transfusión, antes de disponer de las neveras (promedio 17-35 minutos), y desde que se dispone de los CH-0- en el bloque quirúrgico (promedio 4-5 minutos).
3- Ha mejorado el ánimo de los profesionales que atendieron estas hemorragias al no desesperarse esperando los CH-0-. Se ha encuestado a las enfermeras y médicos que tuvieron la urgencia.
4- Al 90% de los pacientes que se transfunden en el quirófano, se les realiza el grupo sanguíneo a la cabecera.
5- En el 90% de las hemorragias masivas se sigue el protocolo de actuación hospitalario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1-El equipo de mejora ha colaborado en todo momento para conseguir los objetivos.
2-El proyecto se ha cumplido y se ha conseguido el objetivo de transfundir en los primeros 5 minutos tras detectar el riesgo vital por hemorragia
3- Es necesario seguir de cerca el mantenimiento de los circuitos y registrar la evolución de las hemorragias masivas, para seguir implementando mejoras.
4- Hemos revisado el protocolo de hemorragia masiva, y hemos visto que el uso de la tromboelastografía puede mejorar los resultados, pero su uso e implementación será motivo de otro proyecto de mejora
5- Hemos entrado en un proyecto FIS para seguimiento de la implementación del protocolo de hemorragia masiva, y realizaremos un registro de la evolución de estas, que será motivo del proyecto de mejora siguiente

7. OBSERVACIONES.

Nos falta conseguir una segunda línea telefónica en el banco de sangre, mejorar los ordenadores del bloque quirúrgico, que son muy lentos, y realizar una petición de sangre por vía informática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

El proyecto de las neveras está concluido, sin duda hay que seguir encima, hasta que todas las instrucciones, se hagan una costumbre

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1008 ===== ***

Nº de registro: 1008

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ, CARBONELL BERNAL ROBERTO, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, HERRANZ ANDRES PILAR, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CARLUCCIO MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Transfusión perioperatoria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha estudiado el circuito de transfusión y la disponibilidad urgente de concentrados de hematíes en quirófano. Se ha detectado que los tiempos de transfusión urgente son excesivos, debido a la distancia entre el banco de sangre y los quirófanos y, a la falta de un circuito eficaz. Esta demora transfusional, ha supuesto un aumento de morbilidad y mortalidad y una frustración de los profesionales. El proyecto es de importancia vital, porque se pueden salvar vidas, evitar complicaciones y costes.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Crear un circuito eficiente para evitar demoras en la transfusión necesaria
2- Crear una cultura que evite la transfusión evitable.
3- Registrar las actuaciones

MÉTODO
1º Análisis de los procesos que requieren transfusión urgente en quirófano
2º revisión del circuito, petición electrónica de sangre, registro eficaz
3º Formación sobre cuándo se debe transfundir y como hacerlo
4º medir los tiempos de respuesta el inicio de la transfusión
5º Evaluar la necesidad y conveniencia de una nevera con termómetro en el bloque quirúrgico, para disponibilidad precoz de la sangre cruzada y urgente 0-

INDICADORES
1- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía programada
2- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía urgente

DURACIÓN
Inicio: Noviembre 2016
Formación de los profesionales (Médicos, enfermeras, auxiliares, celadores) desde octubre 2016
Medición de los indicadores en el bloque quirúrgico: Noviembre-Diciembre
Reuniones para crear un protocolo y un circuito eficiente hasta Marzo
Protocolo de bolsillo para todos los profesionales de quirófano Marzo-Abril
Implementación del circuito Abril-Noviembre
Creación de un registro informático desde el inicio al fin del proyecto
Fin: Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1028

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE LUIS PEDRO PORTERO LLORO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORO FRAILE JESUS
GIL BERDUQE LUIS ALBERTO
OLIVA PERALES PEDRO
RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN
CHUECA MATA JULIA
GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL
SANCHEZ ANDRES ARMANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han mantenido reuniones con todos los servicios solicitantes de nuestra atención (quirúrgicos, médicos y centrales), para obtener sus carteras de servicios y poder generar la base de datos electrónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La realización está acabándose por un problema de salud del responsable del proyecto, que ha tenido una baja de larga duración.
Debido a la multitud de servicios con los que se trabaja, y a que la varios no disponen de una clara y conocida cartera de servicios.
En estos días se está finalizando la base de datos para poder realizar el registro que pronto esperamos poder poner en marcha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es muy complicado poder registrar todos los procesos detalladamente, tanto por la variedad de enfermedades y procesos, como por las variantes técnicas para su tratamiento o diagnóstico, como por los nuevos tratamientos y técnicas aplicadas por avances en nuestro quehacer.
Se han tenido que simplificar varias técnicas distintas de tratamiento de una región para poder simplificar su registro: p.ej. "osteosíntesis supracondílea humeral" engloba tanto distintas técnicas percutáneas con aguja como el uso de tornillos o placas+tornillos, indistintamente del grado de afectación ósea, articular o neurovascular, todas de diferente repercusión y dificultad quirúrgica y de pronóstico. Es imposible especificar todo.

7. OBSERVACIONES.

Es imposible especificar al detalle todas las actuaciones realizadas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1028 ===== ***

Nº de registro: 1028

Título
INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA

Autores:
PORTERO LLORO LUIS PEDRO, ORO FRAILE JESUS, GIL BERDUQE LUIS ALBERTO, OLIVA PERALES PEDRO, RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN, CHUECA MATA JULIA, GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL, SANCHEZ ANDRES ARMANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No atañe a una enfermedad en concreto
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad anestésica realizada en la sección de Anestesiología Pediátrica es especialmente variada. Es muy

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1028

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA

frecuente tener que realizar procedimientos anestésicos fuera del quirófano para una gran diversidad de pruebas o intervenciones.

Actualmente la recogida de datos del proceso quirúrgico y de la actividad anestésica empleada es realizada por el personal destinado oportunamente. Cuando el proceso anestésico es realizado fuera del quirófano, esta actividad no puede ser recogida en el formato electrónico. Así, tenemos que realizar diariamente un registro de nuestra actividad en formato papel, manualmente.

Hoy día no se considera oportuno seguir manteniendo la captura de nuestra actividad exclusivamente mediante la actividad realizada en quirófano y tampoco procede que se continúe realizando en formato papel si se tiene como objetivo reducir el número de documentos en nuestro Hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

- Informatización del registro de la actividad Anestésica Pediátrica.
- Registro lo más ajustado a la realidad asistencial existente.
- Posibilidad de estudios departamentales respecto a nuestra asistencia.

MÉTODO

Elaboración de un archivo en formato Excel para facilitar el registro de toda la actividad asistencial realizada.

INDICADORES

- Evaluación de la actividad asistencial registrada antes de la informatización completa tanto respecto a la disponible en intranet.
- Comparación a posteriori de los datos correspondientes con la base informatizada completa respecto a la disponible en intranet.

DURACIÓN

La duración total se estima en 12 meses:

- Octubre-Diciembre '16: Elaboración del archivo en formato Excel y evaluación de la actividad registrada según los datos informatizados disponibles comparándolos con los reales.
- Enero '17: Implementación del nuevo formato de recogida de datos.
- Febrero-Mayo '17: Puesta al día de la nueva actividad capturada.
- Junio-Septiembre '17: Reevaluación del nuevo formato de recogida de nuestra actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1032

1. TÍTULO

REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Fecha de entrada: 20/02/2018

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
GIL BERDUQUE LUIS ALBERTO
ORO FRAILE JESUS
DELGADO ALVIRA REYES
GONZALEZ ESGUEVA AINARA
CORONA BELLOSTAS CAROLINA
GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han mantenido reuniones con los servicios quirúrgicos para revisar los criterios de pruebas complementarias según cirugía, basándonos en la evidencia disponible.

Se han mantenido reuniones con los servicios centrales de laboratorio para ajustar valores según edad pediátrica que no aumentarían la necesidad de repetir las pruebas complementarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De momento, se han eliminado de las pruebas complementarias de rutina la solicitud de colinesterasa plasmática en cirugía programada a todos los pacientes con un ahorro económico no calculado todavía (multiplicar coste de la prueba por unas 3500 cirugías programadas anuales).

Se está acabando un listado de peticiones de pruebas complementarias preanestésicas según: 1) cirugía y 2) según paciente. Se evitará la realización de múltiples pruebas complementarias que supondrán menos procedimientos desagradables en el paciente (pinchazos, además dificultosos), inversión de tiempo de las familias y ahorro en gastos.

Esperamos tenerlo pronto finalizado para utilizarlo como un protocolo asistencial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de un marco de trabajo para poder tomar decisiones clínicas respecto a qué pacientes hay que solicitar unas pruebas complementarias y a quienes no, está siendo más lento de lo que se pretendía por tener que poner de acuerdo a múltiples servicios participantes en su asistencia.

Se ha conocido que existen pruebas de laboratorio realizadas en la cabecera del paciente (point of care) con seguimiento y validación inmediata por el laboratorio (equipos de gasometría). Este punto abre la puerta a una modificación de nuestras pautas para poder hacer más eficiente y efectiva la asistencia pacientes pediátricos que se pretende hacer lo antes posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1032 ===== ***

Nº de registro: 1032

Título
REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Autores:
SANCHEZ ANDRES ARMANDO, GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL, GIL BERDUQUE LUIS ALBERTO, ORO FRAILE JESUS, DELGADO ALVIRA REYES, GONZALEZ ESGUEVA AINARA, CORONA BELLOSTAS CAROLINA, GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anestésica y médico-quirúrgica
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1032

1. TÍTULO

REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La consulta preanestésica tiene entre sus objetivos la valoración y preparación del paciente que va a ser sometido a un procedimiento bajo técnicas anestésicas. Así es posible realizar las técnicas precisas en cada el paciente minimizando sus riesgos asociados.

El Hospital Infantil es el centro de referencia de Aragón, La Rioja y Soria para la patología médica y quirúrgica de la población pediátrica.

En nuestras consultas se atiende a esta población de diversos orígenes y con distintas pruebas solicitadas por distintos protocolos regionales. En ocasiones los pacientes acuden ya a consulta con los resultados de las pruebas complementarias precisas, pero en la mayor parte de las consultas, los resultados aún están pendientes de análisis. Esto supone que en no pocos casos el paciente no pueda ser reevaluado hasta el día antes del ingreso o incluso de la intervención, si en el estudio existían alteraciones que precisan un manejo oportuno.

Así, es necesario reconfigurar los circuitos de pruebas complementarias preanestésicas y prequirúrgicas en el paciente pediátrico, para conseguir que los pacientes que precisan pruebas complementarias acudan directamente a la consulta con los resultados de las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimizar los circuitos de pruebas complementarias preoperatorias para la Anestesia Pediátrica.
- Mejorar la satisfacción global del proceso de los cuidadores.
- Disminuir la tasa de suspensiones por estudio incompleto.

MÉTODO

- Reuniones con los principales servicios subsidiarios de precisar pruebas complementarias preanestésicas pediátricas.
- Cambio de los circuitos actuales en la obtención de la analítica preoperatoria.

INDICADORES

- Evaluación de la satisfacción de los cuidadores y la tasa de suspensiones de procedimientos antes y después del cambio realizado.

Se analizará la evolución en 50 pacientes antes de los cambios, y otros 50 pacientes comparables después usando como indicadores centinela la satisfacción tasa de pacientes que acuden a consulta con sus pruebas complementarias completa si las precisaba.

DURACIÓN

La duración total se estima en 12 meses:

- Octubre-Noviembre '16: análisis basal del problema.
- Diciembre '16- febrero '17: Reuniones con los distintos servicios implicados.
- Marzo-Mayo '17: Redefinición de los nuevos circuitos preanestésicos
- Junio-Septiembre '17: Implantación de los nuevos circuitos.
- Octubre- '16: Reevaluación de los cambios realizados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DEL DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO SANCHEZ TIRADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIRON MOMPIELA JOSE ANTONIO
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
LUCAS HERNANDEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se han ido añadiendo distintos centros de Atención Primaria al Proyecto, en enero sólo participaba el Centro de Atención Primaria de Fernando el Católico, tras el verano se incluyeron los centros rurales de Belchite, Fuentes de Ebro y Sástago, para a partir del año 2019 incluir todos los centros de Atención Primaria del Sector Zaragoza II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo será una contestación a las interconsultas en un plazo inferior a una semana objetivo superado en más del 80% con un índice que está aumentando en los últimos meses. Se ha conseguido una agilización en la citación de primeras visitas de los pacientes consultados a la vez que se consigue que el paciente inicie un tratamiento adecuado antes de su primera visita a la Unidad del Dolor gracias a la comunicación con su médico de Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La interconsulta de Atención Primaria con la Unidad del Dolor facilita evitar derivaciones innecesarias a la Unidad del Dolor, duplicidad de citaciones a distintos especialistas, orientación en la derivación de determinados procesos que cursan con dolor, un inicio de tratamiento adecuado de forma más precoz lo que supone un incremento en la probabilidad de éxito del mismo. Supone una agilización en la comunicación Atención Primaria-Unidad del Dolor que facilita un mejor seguimiento del paciente junto con una mayor calidad asistencial. La apertura a todos los centros de Atención Primaria del Sector va a evitar derivaciones a la Unidad del Dolor innecesarias y duplicidades de asistencia por diferentes especialistas por una misma patología en los casos que solo sea necesaria una atención especializada. Va a suponer un mayor conocimiento de las alternativas terapéuticas ofertadas por la Unidad del Dolor en Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1389 ===== ***

Nº de registro: 1389

Título
PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Autores:
SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO, GIRON MOMPIELA JOSE ANTONIO, MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, LUCAS HERNANDEZ ANTONIO, ECED MARTINEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor agudo, subagudo o cronico
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La ingente cantidad e pacientes que son remitidos a nuestra Unidad de Dolor hace que la lista de espera en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DEL DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

este tipo de patología sea inabarcable. Se han puesto en marcha diferentes iniciativas para disminuir dicha lista de espera (actualmente están esperando algún tipo de actuación más de 2500 pacientes, situándose la lista de espera de primer día en 11 meses). Entre las estrategias que este año prima el SALUD se encuentra la de iniciar consultas virtuales en diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. Queremos iniciar una consulta virtual en nuestra unidad del dolor con vistas a mejorar la comunicación con AP, dando preferencia acasos que no deben esperar y disminuyendo el número de pacientes que pudiendo ser tratados en AP no sean derivados a nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la comunicación con AP
- Mejorar la formación de los médicos de AP en la aplicación de tratamientos con sustancias opioides y sustancias utilizadas en dolor tipo neuropático.
- Acelerar la atención de pacientes que cumplen los requisitos de prioridad de atención (dolor neuropático)
- Disminuir el número de pacientes derivados a la Unidad.

MÉTODO

1.- Oferta:

Atención a las consultas realizadas sobre dolor desde los CS del sector Zaragoza II y respondidas en un plazo inferior a 1 semana..- Apertura de agenda para la consulta virtual en función de las consultas realizadas y las esperadas.

2.- Actividades:

- Reunión con la Subdirección correspondiente al Sector Zaragoza II de AP. Estimación de los beneficios que pueden reportar. Fijación del Plan de puesta en funcionamiento eligiendo los CS iniciales como banco de pruebas.
- Periodo de formación de los miembros de la Unidad del Dolor del HUMS en el manejo del programa y sus programas de apoyo.
- Reunión con los CS elegidos para explicar el funcionamiento de la consulta virtual, que se espera de ellos y que esperan ellos de esta consulta. Inicio de programa de Formación para los MAP.
- Puesta en marcha de la consulta y periodo de pruebas durante 3 meses.
- Reanálisis de la situación con las mejoras obtenidas y los inconvenientes encontrados en colaboración con las SS quirúrgica y de AP.
- Introducción de nuevos CS siguiendo los mismos esquemas
- Una vez introducidos los CS urbanos, se comenzarían con los rurales, y una vez introducidos estos si la situación no ha variado en la creación de nuevas Unidades de Dolor, incluir primeramente a los pacientes del sector Zaragoza I, y posteriormente a los correspondientes al Sector de Alcañiz.

INDICADORES

- N° de consultas realizadas
- Tiempo de LE de los pacientes provenientes de los pacientes de los CS incluidos.
- N° de pacientes a los que se acelera su atención en la unidad y causa de la misma.

DURACIÓN

- Inicio Marzo 2017 / Final no previsto
- Marzo-Abril: reuniones con las SAP y la SSQQ
- Abril - Mayo: Formación miembros de la Unidad del Dolor
- Junio - Julio: reuniones y formación en CS
- Septiembre - Noviembre: puesta en marcha del periodo de prueba
- Diciembre: Reanálisis de la situación y elección de nuevos CS
- Enero 2018: puesta en marcha de la consulta con nuevos CS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO SANCHEZ TIRADO
· Profesión MIR
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRON MOMPIELA JOSE ANTONIO
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER
LUCAS HERNANDEZ ANTONIO
ACED MARTINEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión con la Subdirectora de Servicios Quirúrgicos del HUMS y la Subdirectora de Atención Primaria del Sector II en dos ocasiones: Abril 2017 y Octubre 2017.
Reunión y sesión informativa con la Sundirectora de Atención Primaria del Sector II, el Coordinador del Centro de Salud Fernando el Católico y médicos del citado centro en noviembre de 2017.
Formación de los miembros de la Unidad de dolor del HUMS en el manejo del programa.
Apertura de agenda para la consulta virtual para el Centro de Salud de Fernando el Católico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inicio del proyecto el 22 de enero de 2018 con el Centro de Salud Fernando el Católico como centro piloto.
Los resultados están pendientes de valoración una vez concluido el periodo de pruebas de tres meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido al retraso en el inicio del proyecto es prematuro realizar conclusión alguna, así como la recomendación de su extensión al resto de Centros de Salud de nuestro Sector

7. OBSERVACIONES.
La tardanza en el inicio de la ejecución del proyecto fue debida a cambios en la Subdirección de Atención Primaria de nuestro sector, por lo que los resultados están pendientes de valorar en el centro elegido como piloto para estimar la pertinencia de su extensión el resto de Centros de Salud de nuestro Sector.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1389 ===== ***

Nº de registro: 1389

Título
PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Autores:
SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO, GIRON MOMPIELA JOSE ANTONIO, MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, LUCAS HERNANDEZ ANTONIO, ECED MARTINEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor agudo, subagudo o cronico
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La ingente cantidad e pacientes que son remitidos a nuestra Unidad de Dolor hace que la lista de espera en este tipo de patología sea inabarcable. Se han puesto en marcha diferentes iniciativas para disminuir dicha lista de espera (actualmente están esperando algún tipo de actuación más de 2500 pacientes, situándose la lista de espera de primer día en 11 meses). Entre las estrategias que este año prima el SALUD se encuentra la de iniciar consultas virtuales en diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. Queremos iniciar una consulta virtual en nuestra unidad del dolor con vistas a mejorar la comunicación con AP, dando preferencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

acazos que no deben esperar y disminuyendo el número de pacientes que pudiendo ser tratados en AP no sean derivados a nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- .- Mejorar la comunicación con AP
- .- Mejorar la formación de los médicos de AP en la aplicación de tratamientos con sustancias opioides y sustancias utilizadas en dolor tipo neuropático.
- .- Acelerar la atención de pacientes que cumplen los requisitos de prioridad de atención (dolor neuropático)
- .- Disminuir el número de pacientes derivados a la Unidad.

MÉTODO

1.- Oferta:

Atención a las consultas realizadas sobre dolor desde los CS del sector Zaragoza II y respondidas en un plazo inferior a 1 semana..- Apertura de agenda para la consulta virtual en función de las consultas realizadas y las esperadas.

2.- Actividades:

- .- Reunión con la Subdirección correspondiente al Sector Zaragoza II de AP. Estimación de los beneficios que pueden reportar. Fijación del Plan de puesta en funcionamiento eligiendo los CS iniciales como banco de pruebas.
- .- Periodo de formación de los miembros de la Unidad del Dolor del HUMS en el manejo del programa y sus programas de apoyo.
- .- Reunión con los CS elegidos para explicar el funcionamiento de la consulta virtual, que se espera de ellos y que esperan ellos de esta consulta. Inicio de programa de Formación para los MAP.
- .- Puesta en marcha de la consulta y periodo de pruebas durante 3 meses.
- .- Reanálisis de la situación con las mejoras obtenidas y los inconvenientes encontrados en colaboración con las SS quirúrgica y de AP.
- .- Introducción de nuevos CS siguiendo los mismos esquemas
- .- Una vez introducidos los CS urbanos, se comenzarían con los rurales, y una vez introducidos estos si la situación no ha variado en la creación de nuevas Unidades de Dolor, incluir primeramente a los pacientes del sector Zaragoza I, y posteriormente a los correspondientes al Sector de Alcañiz.

INDICADORES

- .- N° de consultas realizadas
- .- Tiempo de LE de los pacientes provenientes de los pacientes de los CS incluidos.
- .- N° de pacientes a los que se acelera su atención en la unidad y causa de la misma.

DURACIÓN

- .- Inicio Marzo 2017 / Final no previsto
- .- Marzo-Abril: reuniones con las SAP y la SSQQ
- .- Abril - Mayo: Formación miembros de la Unidad del Dolor
- .- Junio - Julio: reuniones y formación en CS
- .- Septiembre - Noviembre: puesta en marcha del periodo de prueba
- .- Diciembre: Reanálisis de la situación y elección de nuevos CS
- .- Enero 2018: puesta en marcha de la consulta con nuevos CS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1391

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ANA ASENSIO PARIS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLAS RODRIGUEZ ANA
SANDIN GONZALEZ FRANCISCO
TORO NUÑEZ MAXIMILIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de protocolo para optimización de la anemia preoperatoria en CCR.
Presentación del protocolo al servicio de Anestesia para su implementación.
Presentación al personal de enfermería de Hospital de día encargado de la administración del tratamiento: Fe intravenoso y EPO.
Presentación al personal de enfermería de la acogida del bloque quirúrgico para la extracción de analítica previa a la cirugía.
Inicio de la actividad en junio de 2016 hasta la actualidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Periodo de junio 2016 a septiembre de 2017: 44 pacientes tratados
Hb media en consulta de Anestesia: 10.88
Hb media prequirúrgica tras el Tto: 11.72
Pacientes transfundidos: 9
Tasa transfusional 21.98%
Concentrados de hematies por paciente: 2.65
Tasa transfusional en 126 hospitales europeos: 20%. BJA 116(2) 255-61(2016)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Utilización de recursos existentes en el hospital
El paciente es visto en la consulta de anestesia, sin cita previa, el mismo día que acude a la consulta de Digestivo y en la misma semana en la que se acepta para cirugía por el comité de tumores de CCR.
La primera dosis de Fe iv se administra ese mismo día y si se prescribe una segunda dosis, enfermería de hospital de día cita al paciente para la siguiente semana.
La repleción de los depósitos de Fe con Fe carboximaltosa se consigue en 1 o 2 semanas (1 administración semanal). Si la Hb es < 10 se prescribe una dosis de EPO que se administra la segunda semana.
El objetivo es disminuir la tasa transfusional, una medida costo-efectiva y una medida de calidad asistencial, que disminuye la morbilidad posoperatoria y mejora la supervivencia en el paciente oncológico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1391 ===== ***

Nº de registro: 1391

Título
OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)

Autores:
ASENSIO PARIS ANA, COLAS RODRIGUEZ ANA, SANDIN GONZALEZ FRANCISCO, TORO NUÑEZ MAXIMILIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1391

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las transfusiones en cirugía digestiva se han relacionado estrechamente con la aparición de metástasis hepáticas, mayor incidencia de complicaciones y presencia de infecciones postoperatorias. No es admisible que un paciente que va a ser sometido a cirugía oncológica digestiva de forma programada (en concreto CCR), llegue a la cirugía con anemia grave que no se haya intentado corregir. La presencia de anemia preoperatoria es el factor más relacionado con la necesidad de transfusión en el intraoperatorio o en el postoperatorio inmediato. La optimización de esta anemia previa a la cirugía es la actuación preventiva de mayor utilidad en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimizar la anemia preoperatoria de los pacientes afectados de CCR, mejorando el estado del paciente y preparándolo para la intervención quirúrgica.
- Minimizar la transfusión alogénica en los pacientes afectados de CCR que son aceptados para tratamiento quirúrgico.
- Reducir las complicaciones transfusionales, disminuyendo la morbimortalidad, la estancia hospitalaria y los costes.
- Reducir el tiempo de espera entre la decisión de intervenir y la fecha de la cirugía.
- No intervenir de forma programada pacientes con anemia importante

MÉTODO

OFERTA:
Valoración y optimización cuando sea necesaria de pacientes tributarios de cirugía programada oncológica sobre intestino grueso.

ACTIVIDADES:

- 1.- Valoración del paciente en el comité de tumores para saber la indicación quirúrgica. Estamos presentes en dicho comité para tomar nota de estos pacientes.
- 2.- Valoración en consulta de cirugía
- 3.- Valoración preoperatoria en consulta de anestesia el mismo día que en la consulta de cirugía.
- 4.- En caso de presentar anemia preoperatoria valoración y optimización de la misma con Fe iv + EPO sc.
- 5.- Remitir al paciente a H de día donde se inicia tratamiento, cuando es posible, el mismo día de la consulta.
- 6.- Valoración día de la cirugía tras nuevo hemograma al ingreso o hemocue si ingresa por la mañana.

INDICADORES

- 1.- (Pacientes anémicos / total de pacientes sometidos a CCR) x 100
- 2.- (Nº pacientes que inician cirugía con anemia / pacientes con anemia) x 100
- 3.- Nº pacientes transfundidos / pacientes sometidos a CCR

DURACIÓN

- Inicio: Septiembre 2016 Fin: no tiene
- Septiembre - Octubre 2016: recogida de información y puesta al día bibliográfica
- Noviembre - Diciembre 2016: Elaboración de protocolo y acuerdo con diferentes servicios (Digestivo, Cirugía General, Farmacia, Hospital de día)
- Enero 2017: inicio programa
- Noviembre 2017: Valoración
- Diciembre 2017: Introducción de una nueva patología oncológica digestiva

OBSERVACIONES

Se ha valorado la iniciación de un proceso denominado Optimización de anemia de paciente con cáncer digestivo que incluirá a los de Hígado, tracto digestivo superior e Intestino delgado, y CCR.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE SALVADOR LAGLERA TREBOL
· 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 CONCEPCION
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO
IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA
ROVIRA FLORES EVA
PORTERO LORO LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión de bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia. Elaboración de protocolo consensuado en la unidad de traumatología, de lasolicitud de pruebas preoperatorias en función de las características del paciente el tipo de procedimiento y el lugar donde se va a proceder a su realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Puesta en funcionamiento en la Unidad de anestesia en el HRTQ en Febrero de 2019

En la Unidad de Cirugía sin ingreso se está en periodo de consenso con los miembros del servicio, con enfermería y con los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los procesos se retrasan sobre el cronograma propuesto por la necesidad de alcanzar consensos no solo entre los miembros de la unidad y por las implicaciones que afectan a otros servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1393 ===== ***

Nº de registro: 1393

Título
NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Autores:
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA, ROVIRA FLORES EVA, PORTERO LORO LUIS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente quirurgico y paciente en anestesia fuera de quirofano
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Salud ha abierto una línea estratégica de "No Hacer". Esta fundamentada en estudios y recomendaciones de varias sociedades científicas y grupos de trabajo que basándose en la evidencia algunas actuaciones enraizadas desde hace mucho tiempo no son útiles o eficientes o ambas cosas.

En anestesia muchas de estas recomendaciones se relacionan con el estudio preoperatorio en diferentes procesos médicos (anestesia fuera de quirófano - AFQ) y quirúrgicos (tanto en cirugía con ingreso como en cirugía sin ingreso).

El Sº de Anestesia y Reanimación quiere basándose en estas recomendaciones, actualizar así como hacer más eficiente el estudio preoperatorio. Queremos eliminar pruebas en diferentes pacientes y procedimientos que no resultan útiles o eficientes con los cambios que ha experimentado la especialidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

ACTUALIZACIONY OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar y optimizar la solicitud de pruebas preoperatorios en pacientes sometidos a cirugía sin ingreso (CSI), cirugía con ingreso (CCI), o procedimientos diagnósticos y terapéuticos médicos (AFQ)

MÉTODO

OFERTA:
Valorar en función del paciente y el procedimiento, las pruebas preoperatorios necesarias e imprescindibles, eliminando aquellas cuya utilidad no esta demostrada. Manteniendo la máxima garantía de seguridad para el paciente.

ACTIVIDADES:

Revisión de bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia.
Implicación de ls diferentes secciones de anestesia de forma progresiva.
Elaboración de protocolos consensuados en las diferentes secciones de anestesia (Infantil, Maternidad, Cardiotorácica, HRTQ y HG) de solicitud de pruebas preoperatorios en función de las características del paciente el tipo de procedimiento y el lugar donde se va a proceder a su realización.
Reunión con los diferentes servicios médicos y quirúrgicos (de forma progresiva) y su implicación en la solicitud de las pruebas.
Puesta en marcha de forma progresiva en unidades determinadas y ampliación posterior a todo un servicio. Posterior puesta en marcha y extensión a todos los servicios.

INDICADORES

- Determinación del nº de pruebas "no solicitadas" en comparación con el año anterior. (laboratorio y Radiología)
- Suspensión de pacientes por falta de pruebas preoperatorias "que NO se deberían de haber solicitado".
- Suspensión de pacientes por falta de pruebas correctamente solicitadas.

DURACIÓN

Inicio: Junio 2016
Junio - Diciembre 2016: revisión de bibliografía
Enero - Marzo 2017: elaboración de protocolo en HRTQ
Abril 2017: implicación con laboratorio y radiología.
Formación a Traumatólogos de las secciones elegidas para iniciar el periodo de prueba
Mayo - Junio: puesta en marcha del protocolo HRTQ
Junio: realización protocolo Infantil
Julio puesta en funcionamiento protocolo Infantil
Octubre revisión de los resultados, Aprendizaje de errores y subsanación de problemas. Extensión a nuevas unidades y servicios del HRTQ
Noviembre: revision resultados y aprendizaje Infantil.
Enero - diciembre 2018: extensión a maternidad, CCT y HG

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE SALVADOR LAGLERA TREBOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER
IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA
ROVIRA FLORES EVA
PORTERO LLORO LUIS PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hasta el momento actual, y siguiendo el calendario previsto, se han realizado 3 reuniones en el Sº de Anestesia para consensuar las pruebas preoperatorias que se van a solicitar en dependencia de la cirugía prevista y de la patología previa del paciente.

Se han desarrollado los subprocesos

- desarrollo de circuitos (con el Sº de Admisión).
- decisión de pruebas preoperatorias y gestión de las peticiones (con Sº de Bioquímica y Radiodiagnóstico).
- optimización preoperatoria de la hemoglobina.
- optimización preoperatoria del ayuno, la nutrición y la glucemia.
- manejo de los pacientes en tratamiento con antiagregantes/anticoagulantes.
- manejo de los pacientes en tratamiento con inmunodepresores e inmunomoduladores
- valoración del riesgo anestésico: biomarcadores, capacidad funcional, calidad de vida y fragilidad.
- identificación de pacientes que deben demorarse.
- manejo de los pacientes testigos de Jehová.
- identificación de pacientes que necesitan reserva de hemoderivados.
- identificación de pacientes que necesitan cuidados postoperatorios en Unidad de Reanimación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Están implantados y en funcionamiento los subprocesos

- optimización preoperatoria de la hemoglobina.
- manejo de los pacientes en tratamiento con antiagregantes/anticoagulantes.
- manejo de los pacientes en tratamiento con inmunodepresores e inmunomoduladores
- manejo de los pacientes testigos de Jehová.
- identificación de pacientes que necesitan reserva de hemoderivados.
- identificación de pacientes que necesitan cuidados postoperatorios en Unidad de Reanimación.

Consiguiendo disminuir las demoras, las suspensiones quirúrgicas y el porcentaje de pacientes que precisan transfusión en PTR, PTC y artrodesis de columna.

Se han eliminado las pruebas preparatorias sistemáticas en pacientes programados para cirugía de la catarata

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es difícil promover cambios en una organización que lleva mucho tiempo funcionando de una manera determinada. tras conseguir poner en funcionamiento los subprocesos ya comentados se iniciará en abril la puesta en marcha del nuevo protocolo de pruebas preparatorias. Inicialmente en el hospital de traumatología tras reuniones previas con los jefes de Servicio y responsables de Cirugía ortopédica, Neurocirugía y Cirugía Plástica

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1393 ===== ***

Nº de registro: 1393

Título
NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Autores:
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, LAFUENTE MARTIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

FRANCISCO JAVIER, IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA, ROVIRA FLORES EVA, PORTERO LLORO LUIS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente quirurgico y paciente en anestesia fuera de quirófano
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Salud ha abierto una línea estratégica de "No Hacer". Esta fundamentada en estudios y recomendaciones de varias sociedades científicas y grupos de trabajo que basándose en la evidencia algunas actuaciones enraizadas desde hace mucho tiempo no son útiles o eficientes o ambas cosas.

En anestesia muchas de estas recomendaciones se relacionan con el estudio preoperatorio en diferentes procesos médicos (anestesia fuera de quirófano - AFQ) y quirúrgicos (tanto en cirugía con ingreso como en cirugía sin ingreso).

El Sº de Anestesia y Reanimación quiere basándose en estas recomendaciones, actualizar así como hacer más eficiente el estudio preoperatorio. Queremos eliminar pruebas en diferentes pacientes y procedimientos que no resultan útiles o eficientes con los cambios que ha experimentado la especialidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar y optimizar la solicitud de pruebas preoperatorios en pacientes sometidos a cirugía sin ingreso (CSI), cirugía con ingreso (CCI), o procedimientos diagnósticos y terapéuticos médicos (AFQ)

MÉTODO

OFERTA:
Valorar en función del paciente y el procedimiento, las pruebas preoperatorios necesarias e imprescindibles, eliminando aquellas cuya utilidad no esta demostrada. Manteniendo la máxima garantía de seguridad para el paciente.

ACTIVIDADES:

Revisión de bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia.
Implicación de ls diferentes secciones de anestesia de forma progresiva.
Elaboración de protocolos consensuados en las diferentes secciones de anestesia (Infantil, Maternidad, Cardiotorácica, HRTQ y HG) de solicitud de pruebas preoperatorios en función de las características del paciente el tipo de procedimiento y el lugar donde se va a proceder a su realización.
Reunión con los diferentes servicios médicos y quirúrgicos (de forma progresiva) y su implicación en la solicitud de las pruebas.
Puesta en marcha de forma progresiva en unidades determinadas y ampliación posterior a todo un servicio. Posterior puesta en marcha y extensión a todos los servicios.

INDICADORES

- Determinación del nº de pruebas "no solicitadas" en comparación con el año anterior. (laboratorio y Radiología)
- Suspensión de pacientes por falta de pruebas preoperatorias "que NO se deberían de haber solicitado".
- Suspensión de pacientes por falta de pruebas correctamente solicitadas.

DURACIÓN

Inicio: Junio 2016
Junio - Diciembre 2016: revisión de bibliografía
Enero - Marzo 2017: elaboración de protocolo en HRTQ
Abril 2017: implicación con laboratorio y radiología.
Formación a Traumatólogos de las secciones elegidas para iniciar el periodo de prueba
Mayo - Junio: puesta en marcha del protocolo HRTQ
Junio: realización protocolo Infantil
Julio puesta en funcionamiento protocolo Infantil
Octubre revisión de los resultados, Aprendizaje de errores y subsanación de problemas. Extensión a nuevas unidades y servicios del HRTQ
Noviembre: revision resultados y aprendizaje Infantil.
Enero - diciembre 2018: extensión a maternidad, CCT y HG

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1272

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIO CARRANZA MARTINEZ
· 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.
GUERRERO LARA ISABEL
SUAZO GUEVARA ILIANA
HERRANDO MEDRANO MONICA
INARAJA PEREZ GABRIEL
VAZQUEZ BERGES IRENE
SOGÜERO VALENCIA IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Creación del Grupo de Trabajo
-Contacto y coordinación con supervisión de enfermería de Hospital de día, que es donde recibirán tratamiento los pacientes
-Recopilada Bibliografía y protocolos modelo de otros hospitales
-Reunión de responsables y en fase de redacción del Protocolo
Retraso de 1 mes de Calendario marcado
Fecha prevista de finalización Abril de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Protocolo no finalizado ni implantado. Fecha pactada de finalización Abril de 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Retraso de 1 mes del calendario. Pendiente finalizar el protocolo/Consensuar lo con todos los miembros del Servicio/remitirlo a la UCA e implantarlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1272 ===== ***

Nº de registro: 1272

Título
PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES

Autores:
CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO, SUAZO GUEVARA ILIANA, LARA GUERRERO ISABEL, HERRANDO MEDRANO MONICA, INARAJA PEREZ GABRIEL, VAZQUEZ BERGES IRENE, SOGUERO VALENCIA IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Sustitución por CMA u otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Disminución de estancias hospitalarias

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de Cirugía vascular tratamos a pacientes con isquemia crítica de extremidades en estadios III y IV de Fontaine -dolor en reposo y úlceras isquémicas-, en los que la cirugía arterial directa se ha descartado o no ha sido efectiva y a pacientes con arteriopatías inflamatorias y acrosíndromes vasculares como la tromboangiitis obliterante o síndrome de Raynaud que cursan con alteraciones de la microcirculación que pueden terminar en necrosis de dedos y amputación.
En estos casos el tratamiento con prostaglandinas IV constituye la mejor opción terapéutica. El tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1272

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES

se realiza con Alprostadil vía intravenosa durante tres semanas con el paciente ingresado. El principio activo de Alprostadil es la prostaglandina E1, cuyas propiedades hemodinámicas y acción antiagregante plaquetaria fundamentan su uso en el tratamiento de la enfermedad vascular periférica severa. El Alprostadil de forma ambulatoria se administra diluido en suero en perfusión intravenosa durante 2 horas. En algunos centros hospitalarios se está realizando el tratamiento de forma ambulatoria en pacientes seleccionados. El Hospital Miguel Servet reúne las condiciones adecuadas para realizar el tratamiento forma ambulatoria en pacientes seleccionados, al contar con el Hospital de día, el cual dispone de los recursos materiales y humanos necesarios y de la suficiente experiencia para manejar este tipo de pacientes. La importancia de este proyecto radica en una mejora evidente de la calidad de la atención y satisfacción del paciente que le permitiría recibir un tratamiento adecuado sin ingreso hospitalario y por otra parte una disminución del gasto y de la saturación de camas hospitalaria al disminuir las estancias. Para una utilización más eficiente de los recursos, los pacientes no deben permanecer ingresados en el hospital más tiempo del necesario si los cuidados que requieren puede serles prestado de forma ambulatoria con iguales garantías de efectividad.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende con este proyecto elaborar un Protocolo que permita seleccionar a pacientes ingresados con isquemia no tributaria de tratamiento quirúrgico que puedan beneficiarse de tratamiento ambulatorio con prostaglandinas intravenosa en el hospital de día. Los resultados que se obtendrían serían fundamentalmente una utilización más eficiente de los recursos con una disminución de la estancia hospitalaria y una mayor satisfacción de los pacientes. El proyecto está dirigido por el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar que coordinará con el Hospital de día.

MÉTODO

Se elaborará un Protocolo consensuado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar y el Hospital de día. Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares para la elaboración del Protocolo. Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales. Redactar Protocolo. Consensuar con todos los miembros del Servicio. Presentación al personal responsable del Hospital de día. Correcciones. Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet del Hospital. Implementación del Protocolo en 2018.

INDICADORES

1. Elaboración del protocolo: SI
2. Protocolo aprobado por la UCA y colgado en la Intranet: Si
3. Tasa de Pacientes que reciben tratamiento ambulatorio con Prostaglandinas IV. N° de pacientes ingresados a los que se prescribe tratamiento IV con PG ambulatorio/N° Total de pacientes ingresados con tratamiento IV con PG = 50% año.
4. Pacientes satisfechos con la atención ambulatoria recibida. Encuestas de satisfacción.

DURACIÓN

Fecha de inicio Abril 2017. fecha finalización :Abril2018
Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares para la elaboración del Protocolo. Meses: 1-2
Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales. reunion grupo de trabajo 1 vez al mes Meses: 1-2-3
Redactar Protocolo. Meses: 4-5
Consensuar con todos los miembros del Servicio. Meses: 6-7
Presentación al personal responsable del Hospital de día. Correcciones. Meses: 8-9
Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet del Hospital. Meses: 10
Implementación del Protocolo en 2018. Meses 11-12

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1273

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE IRENE SOGUERO VALENCIA
· 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.

RICO ROMERO VIRTUDES
CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO
VAZQUEZ BERGES IRENE
ESPINAL CHIRINOS CHRISTIAN
MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA
BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Creación del Grupo de Trabajo
-Contacto y coordinación con el resto de colaboradores del proyecto y con enfermería de consultas externas
- Recopilada Bibliografía y protocolos modelo de otros hospitales
-Reunión de responsables y en fase de redacción del Protocolo
Retraso de 1 mes de Calendario marcado
Fecha prevista de finalización Abril de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Protocolo no finalizado ni implantado. Fecha pactada de finalización Abril de 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En los Objetivos Generales del proyecto está el conseguir una correcta asistencia médica y continuada entre Atención Primaria y Especializada de los pacientes con úlceras vasculares que requieren curas prolongadas. Esto ayudará a disminuir la estancia media de los pacientes que han superado la situación crítica que motivó su ingreso y que precisan curas, con o sin medicamentos, como único tratamiento.

Nuestro planteamiento es hacer un Protocolo de Actuación Asistencial desde el hospital y nuestras consultas externas en continuidad con Atención Primaria. Queremos ofrecer una asistencia integral al paciente hasta finalizar la cicatrización de las heridas y controlar las posibles complicaciones con una comunicación fluida entre Atención Especializada y Primaria.

El Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Miguel Servet abarca la población del Sector Sanitario de Zaragoza II, todos los pacientes de este sector que sufren patología vascular son derivados a este servicio para su atención tanto médica como hospitalaria.

El Area de Salud II tiene una población de 379. 225 habitantes según el mapa sanitario de Aragón de 2007. El 14,6% de la población es mayor de 65 años y el 6,20% mayor de 80 años.

Este Sector incluye 22 zonas de salud, cada una de las cuales está dotada de su correspondiente centro de salud y de los consultorios locales necesarios para la prestación de una asistencia sanitaria primaria adecuada a la población por el Equipo de Atención Primaria y sus correspondientes unidades de apoyo.

En función a esto se establecen una serie de objetivos operativos para llevar a cabo el proyecto:

1º Establecer que pacientes son candidatos a curas ambulatorias.

2º Especificar al alta el tipo de cura que precisa y las indicaciones pertinentes en cuanto al seguimiento y actuación, dirigidas al médico de Atención Primaria y al ATS de Atención Primaria.

3º Hacer una "Guía de práctica Clínica para la atención de pacientes con lesiones de origen vascular que precisen curas ambulatorias".

4º Formación del personal de enfermería de Atención Primaria de nuestro área con cursos y/o talleres realizados por enfermeras y médicos de cirugía vascular en el hospital o en los ambulatorios si fuera necesario.

5º Colaboración de las enfermeras de Cirugía Vascular para mantener una comunicación estrecha con la enfermería de Atención Primaria para el correcto seguimiento y consulta acerca de posibles cambios en la evolución de las lesiones.

6º Las enfermeras trabajarán junto con los cirujanos vasculares en la consulta para la asistencia telefónica o remota de las posibles cuestiones o dudas planteadas desde las consultas de Atención Primaria para la correcta cura y seguimiento del paciente así como para adelantar una revisión si el paciente lo precisara.

Las condiciones indispensables para el funcionamiento del Proyecto son:

- Coordinación entre el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y los Equipos de Atención Primaria (EAP).
- Equipamiento necesario: cada Centro de Salud debe disponer de
- Consulta de enfermería con el material básico necesario para realizar curas y la posibilidad de solicitar material nuevo en el caso de que fuera necesario por indicación médica.
- Conocimiento específico básico en patología vascular y curas de los médicos de Atención Primaria y del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1273

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

personal de enfermería, si fuera necesario, se elaborarían talleres formativos.

-Elaboración de una "Guía de práctica clínica" dirigida al personal sanitario encargado de asistir y tratar a los pacientes derivados del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

-Control de los pacientes por médicos especialistas en Cirugía Vascular y enfermería de la consultas de Cirugía Vascular con revisiones periódicas.

- Disponer de un sistema informático eficaz y preparado para el seguimiento y tratamiento del paciente con intranet en la consulta para acceder a los informes médicos y resultados de tomas de cultivo realizados tanto en el ambulatorio como en la consulta del especialista.

IMPLANTACION DEL PROYECTO

Elaboración de documentación

Como anexo a este programa se incluye un Protocolo de atención que recoge los mínimos reflejados en este documento y del que se extraen:

-Normas de actuación profesional: criterios de inclusión y derivación de pacientes, criterios clínicos de actuación (Guía clínica), circuito de atención clínica, organización del procedimiento.

-Normas de actuación de los profesionales de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1273 ===== ***

Nº de registro: 1273

Título

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

Autores:

SOGUERO VALENCIA IRENE, RICO ROMERO VIRTUDES, CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO, VAZQUEZ BERGES IRENE, ESPINAL CHIRINOS CHRISTIAN, ALVAREZ ANA CRISTINA, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las úlceras en miembros inferiores son un problema frecuente en Atención primaria y Especializada. Tiene una afectación importante para el paciente y conlleva numerosas consultas que implican un elevado coste sanitario. A ello, sumamos el problema social y la disminución en la calidad de vida.

Según cifras difundidas por GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas) el 1% de la población mundial puede desarrollar a lo largo de su vida una úlcera crónica de cualquier etiología. Según datos del último Congreso Nacional, del 25 % al 30 % de las heridas de extremidad inferior vuelven a aparecer en el plazo de un año. Esto plantea la necesidad de medidas para prevenirlas o conseguir una cicatrización rápida de ellas.

Dentro de las úlceras de extremidad inferior, nos centraremos en las de etiología isquémica, tienen una prevalencia de 0,2-2% y precisan ingresos, la mayoría prolongados, con estudios de imagen, cirugía y amputación o limpieza de las lesiones que requieren muchas curas hasta conseguir su cicatrización completa.

La edad avanzada, situación nutricional e inmunológica de los pacientes y la escasa movilidad, son factores que influyen en la aparición de las mismas.

En nuestra especialidad, las úlceras o lesiones isquémicas debidas a arteriopatía periférica suponen una sobrecarga asistencial importante y un aumento de la estancia media.

Por este motivo, nos planteamos hacer un proyecto para conseguir la derivación, tratamiento y seguimiento de estos pacientes en colaboración estrecha con Atención Primaria de nuestro sector. La importancia de este proyecto radica en la oferta de una atención integral al paciente consiguiendo además una disminución del tiempo de ingreso. Se trata de dar antes el alta hospitalaria con curas y hacer el seguimiento ambulatorio. Con esto se evita la necesidad de que el paciente permanezca ingresado hasta conseguir la completa y correcta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1273

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

cicatrización de las heridas, lo que supone disminución del costesociosanitario y un mejor uso de las camas hospitalarias.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un Protocolo con pacientes ingresados con isquemia, hayan precisado o no tratamiento quirúrgico, que se puedan beneficiar de tratamiento ambulatorio con curas.

El fin es conseguir una correcta asistencia médica entre Atención Primaria y Especializada, para obtener un uso adecuado de los recursos sanitarios con la consiguiente reducción de la estancia hospitalaria y del coste sociosanitario.

El proyecto está dirigido por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular que coordinará con Atención Primaria.

MÉTODO

Se elaborará un Protocolo consensuado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares para la elaboración del Protocolo. Meses: 1-2

Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales. Reunión Grupo de trabajo 1 vez al mes o Meses: 1-2-3

Redactar Protocolo. Meses: 4-5

Consensuar con todos los miembros del Servicio. Meses: 6-7

Presentación al personal responsable del Hospital de día. Correcciones. Meses: 8-9

Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet del Hospital. Meses: 10

Implementación del Protocolo en 2018. Meses 11-12

INDICADORES

1. Elaboración del protocolo: SI

2. Protocolo aprobado por la UCA y colgado en la Intranet: Si

3. Tasa de Pacientes que reciben tratamiento ambulatorio con curas al año.

4. Porcentaje de pacientes con correcta cicatrización de las heridas =80%.

Porcentaje de pacientes que han precisado nuevo ingreso para curas < 20%.

5. Satisfacción del paciente al final del tratamiento. Encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

El proyecto tiene una duración estimada de elaboración del protocolo hasta su aplicación y puesta en marcha de 12 meses. Fecha prevista de inicio Abril de 2017, fecha prevista finalización abril 2018. Responsable de su implantación Dra Soguero Valencia

Actividades 2017-2108:

1. Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares: Abril 2017

2. Contactar y coordinar con responsable de Hospital de día: Abril 2017

3. Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales: Mayo-Junio-Julio 2017

4. Reunión responsables y Diseño protocolo: Julio-Septiembre 2017

5. Redactar Protocolo: Septiembre-Octubre-Noviembre 2017

6. Consensuar con todos los miembros del Servicio. Correcciones: Enero 2018

7. Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet: Febrero 2018

8. Puesta en marcha del Protocolo: Marzo-Abril 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1031

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MARCELINO SANCHEZ PARRILLA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBERICIO PORTERO JAVIER IGNACIO
GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Enero - Junio 2017. Optimización del método de criopreservación, con modificación de tiempos de vitrificación respecto al método inicial de embriones y blastocistos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: Tasa de fecundación tras microinyección espermática. Cálculo: Número de ovocitos fecundados /Número total de ovocitos microinyectados.
Evaluación anual.
Resultado: Tasa de ovocitos atrésicos 15% durante la fase de optimización del método.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta el momento no ha sido posible la implantación en la rutina diaria de la unidad debido a la limitación de medios materiales y estructurales, tales como falta de espacio para almacén de contenedores de nitrógeno para conservación de ovocitos, espermatozoides y embriones y equipamiento para laboratorio en general limitado y obsoleto. Se sigue manteniendo como un objetivo para el próximo año en vista a implantar mejoras en la Unidad de Reproducción.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1031 ===== ***

Nº de registro: 1031

Título
SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS

Autores:
SANCHEZ PARRILLA MARCELINO, ALBERICIO PORTERO JAVIER IGNACIO, GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El inicio del proyecto fue la puesta a punto de la metodología para la preservación de la fertilidad en mujeres oncológicas que van a recibir tratamientos gonadotóxicos. Para ello se optimizaron los tiempos de permanencia de los ovocitos en los medios de criopreservación hasta lograr una tasa de supervivencia de ovocitos óptima tras la desvitrificación.

RESULTADOS ESPERADOS
En la continuación del proyecto nuestro objetivo es la implantación en la rutina diaria del laboratorio ya que forma parte de la cartera de servicios de Bioquímica Clínica.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1031

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS

Con la puesta a punto del método y la elaboración del procedimiento de trabajo para la criopreservación de ovocitos las actividades a desarrollar son:

1. Selección de las mujeres candidatas a preservación oncológica en colaboración con los servicios de Oncología y Reproducción.
2. Implantación del proceso en la rutina diaria de la unidad
3. Evaluación de los resultados anuales
4. Mejora del procedimiento de trabajo si procede en función de los resultados

INDICADORES

1. Indicador: Tasa de ovocitos atrésicos (no óptimos).

Cálculo: Número de ovocitos atrésicos/Número de ovocitos totales vitrificados.

Evaluación anual.

2. Indicador: Tasa de fecundación tras microinyección espermática. Cálculo: Número de ovocitos fecundados /Número total de ovocitos microinyectados.

Evaluación anual.

DURACIÓN

Septiembre 2016 - Junio 2017 Inclusión en la rutina diaria del laboratorio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA GRACIA MATILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES
LASIERRA MONCLUS ANA BELEN
HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO
AZNAR SAUCA ANA SAGRARIO
FALCON JIMENEZ DANIEL
BARRACHINA CARRANZA SUSANA
PUZO FONCILLAS JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Optimización de rutas urbanas de transporte de neveras de centros de atención primaria: Se rediseñan las rutas de transporte de Sector II de modo que pasan de ser tres a ser cuatro. De esta forma, la nueva ruta añadida absorbe centros con gran volumen de muestras y al acortarse dos de las rutas ya existentes, se reparte la llegada de las cuatro rutas del Sector II al laboratorio, teniendo estimadas las horas de llegada 2 rutas a las 10:30 y 2 a las 11:00. Se reparte así el número de muestras en dos franjas horarias a diferencia de la distribución anterior, en que la mayor parte de muestras llegaba en una franja horaria.

2. Rediseño de espacios, disposición y mobiliario: Se reubica la zona de vaciado de neveras a la zona en que antes se almacenaban llenas y vacías. Se toma esta decisión ante la falta de espacio dentro de la sala de clasificación de muestras, la distancia que hay que desplazar las neveras llenas y vacías arrastrándolas por el suelo, y al gran tiempo de espera de las muestras dentro de las neveras una vez han llegado al hospital. Esta situación generaba gran incomodidad, excesivo esfuerzo físico por parte del personal que desempeña esta tarea, caos en el proceso de clasificación y demora en el procesamiento de las muestras.

El diseño del nuevo espacio a coste 0 se realiza pensando en dar eficiencia, rapidez, comodidad y se introducen nuevos elementos con el fin de ordenar y dinamizar el proceso. La nueva zona de vaciado se divide en una pequeña zona de vaciado de centros rurales que se vacían en el momento en el que llega y una zona más grande de vaciado de neveras de procedencia urbana. La zona de procedencia urbana se diseña con dos puestos de trabajo para registro de llegada de neveras, vaciado y revisión de las mismas. Entre estos dos puestos de trabajo se dispone un carro dividido visualmente en el que se ordenan las muestras y volantes por procedencia. Una tercera persona será la que introducirá el carro lleno al laboratorio y habrá retornado un carro vacío desde la sala de clasificación para volver a ser llenado. Se traslada a esta nueva zona el ordenador que dispone del programa de recepción de neveras mediante lectura de código de barras en el interior de cada nevera. También fue necesario trasladar el modem para recogida de los datos de temperatura de las sondas que llevan las neveras, para control de la misma durante todo el período de transporte y así garantizar su adecuada estabilidad.

3. Optimización de la centrifugación (interno/externo): Con el sistema de centrifugado de muestras utilizado hasta Abril de 2017 era necesario pasar los tubos de las gradillas de las neveras a centrífuga uno a uno, y ya centrifugados, uno a uno a las gradillas de los equipos clasificadores. El 26 de Mayo de 2017 se introduce un sistema de centrifugado de alta capacidad, 200 tubos por ciclo, que son introducidos en las mismas gradillas que posteriormente pasaran a los equipos que realizan alícuotas y clasificación de las muestras en función de las solicitudes y sección de destino del laboratorio. La utilización de la misma gradilla en los dos procesos, centrifugación y clasificación ha eliminado el paso de extracción de tubos de centrífuga uno a uno. Esto suponía muchos toques, dos personas fijas centrifugando y tiempo. Además se ha ido incluyendo de forma muy espaciada, debido a contratiempos surgidos con el nuevo sistema de centrifugado, a todos los centros de salud urbanos en una nueva sistemática de clasificación de tubos en las gradillas que vienen en las neveras. Este cambio consiste en separar todos los tubos que precisan centrifugación y que van identificados con etiqueta generada a partir de una petición electrónica impresa en el centro de salud, en gradillas adaptadas al sistema de centrifugado actual. De este modo se evita traspasar todos los tubos que venían en gradillas metálicas en las neveras a centrífuga, uno a uno y volver a colocarlos después en otra gradilla, uno a uno, para entrar en el aparato clasificador. Ahora la gradilla clasificada en el centro de salud entra en centrífuga y sale para entrar en el equipo de clasificación. Pasamos de manipular tubos de uno en uno a manipular gradillas de 50 tubos. Este cambio hace el proceso mucho más rápido. De igual modo se solicito a los centros que los tubos malvas y azules de sangre total con etiqueta que origina la petición electrónica, se clasificasen en gradillas rojas también adaptadas para el aparato clasificador. Antes también eran traspasados uno a uno a la gradilla adaptada para su clasificación automatizada. Clasificación desde el centro de salud en gradilla adecuada para centrifugado de muestras que ya tienen información en el SIL, es uno de los cambios que ha contribuido a aumentar la eficiencia del proceso, al disminuir el número de toques.

4. Sistematización de la entrada y vaciado de neveras: Cuando las neveras llegan al hospital se introducen en la zona de vaciado de cuatro en cuatro y se vacían en dos puestos de trabajo. Se sacan las muestras en gradillas, se depositan en un carro, se sacan los volantes y se introducen en una carpeta señalada con su procedencia. El compartimento del carro ocupado por cada centro se señala con un letrero para que en la zona de clasificado se sepa el centro de procedencia. Se lee el código de barras de la nevera como registro horario de vaciado de la nevera. Se vuelve a comprobar que están las cuatro neveras vacías y se sacan fuera de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

zona de vaciado, a la zona en la que se van depositando las neveras vacías. Se firma un registro de revisión de vaciado de neveras, para evitar que ninguna nevera vuelva a los centros con muestras. Se descargan también los datos de temperatura registrados desde la estancia de la nevera en su centro de procedencia hasta su apertura en el laboratorio. Al sistematizar el vaciado de neveras, aumentar a dos puestos de trabajo incrementar el espacio en el que se realiza, el proceso es más rápido, organizado y controlado.

5. Ingeniería de movimiento de carros de muestras: Se dividen espacialmente con señales visuales, los distintos espacios de trabajo. Cada persona, cada cosa tiene su sitio. Se introducen como herramientas de trabajo dos carros divididos visualmente en zonas (para muestras de más de un centro de salud), de modo que mientras uno está siendo llenado en la zona de vaciado de neveras el otro está siendo vaciado en la zona de clasificación de muestras. Cuando uno sale vacío a la zona de recepción el otro pasa a la zona de clasificación con muestras ordenadas en su zona y señalado su centro de procedencia, con sus volantes. Se introduce como nueva función una persona encargada de este movimiento de transporte de carro.

6. Programa de reorganización de flujos y operaciones:

- 25 de Mayo de 2017 incorporación de una centrífuga de gran capacidad.
- Junio de 2017 inicio del plan de incorporación de los centros de salud en el cambio de la clasificación de tubos y envío de solicitudes múltiples con sus muestras aparte.
- Julio de 2017 cambio de la ubicación y proceso del vaciado de neveras.
- Septiembre de 2017 cambio y sistematización del proceso de preclasificado en la sala de clasificación.
- Octubre de 2017 recogida sistemática de incidencias preanalíticas por parte todo el personal del área.
- Entre Octubre y Noviembre de 2017 sistematización de la unificación de solicitudes múltiples aunque el proceso de inclusión de todos los centros urbanos ha finalizado en Enero de 2018.

7. Gestión de llamadas telefónicas (evaluación de consultas más frecuentes):

Las consultas más frecuentes son las referidas a cómo solicitar una prueba, en qué contenedor extraer una determinada muestra, referentes a alguna situación especial del paciente y por dificultades en la visualización de los resultados.

8. Reorganización de roles/jerarquía:

- El vaciado de neveras pasa a ser asumido por dos personas en lugar de una.
- El transporte de muestras desde la zona de vaciado a la sala de clasificación surge como una nueva función de la organización del proceso.
- Se decide que uno de los puestos de trabajo será el que se nomina "de centro". Sus funciones son la respuesta de llamadas telefónicas, apoyo a la clasificación y apoyo a persona encargada de los dos equipos clasificadores. Este rol es nuevo ya que antes no se centralizaba la recepción de llamadas en una persona concreta.
- Las enfermeras que revisaban los volantes procedentes de los centros de salud, son ahora también encargadas de cómo realizar la unificación administrativa de las solicitudes múltiples en función de las determinaciones y las muestras recibidas.
- Incorporación de en Marzo 2017 de un Facultativo Responsable del Área Preanalítica encargado de planificar y gestionar cambios, resolver incidencias, sistematizar procesos, gestionar errores, interactuar con centros de atención Primaria y garantizar la calidad de la fase Preanalítica.

9. Análisis y protocolos de gestión de errores:

Se implanta de forma progresiva la recogida de incidencias preanalíticas con el fin de analizar posteriormente su origen, frecuencia y elaborar un plan con el fin de reducirlas o erradicarlas. Este registro está completamente integrado en la parte administrativa de la fase preanalítica de modo que cuando se fusionan varias solicitudes de análisis, queda reflejo de los números de las solicitudes que componen una única y se añaden los distintos destinos de cada una de ellas. También se registran los números de las solicitudes que por circunstancias diversas hay que cambiar por otro, así como incidencias referentes a datos demográficos incorrectas, errores de programación on-line, información sobre repetición de extracción por distintos motivos y referentes a solicitudes ya realizadas. Este registro también se está incorporando como rutina en la parte técnica preanalítica que recepción y clasifica muestras, recogiendo incidencias referentes a la muestra.

Se protocoliza la forma de proceder en los casos en los que hay una pérdida de muestras por rotura, extravío, devolución de las muestras en la nevera a los centros de salud u olvido de las muestras en el centro de salud. Se localizan las solicitudes que pueden estar afectadas por alguna de estas circunstancias, se contacta con el responsable de enfermería, se imprimen los resguardos de las solicitudes con pruebas pendientes acompañados de las etiquetas identificativas y se le envían en la nevera que vuelve al centro de salud que corresponda. Se registra en incidencia preanalítica de que se ha solicitado nueva extracción para que la petición no se cierre a espera de la llegada de la nueva muestra. Se controla que en un período razonable han vuelto a llegar las muestras. Siempre se ofrece a centro de salud afectado que derive parte de pacientes a extracciones al hospital y especialmente si alguna es urgente, procediendo incluso a localizar al paciente y facilitándole el momento de la extracción. Se protocoliza la gestión de solicitudes ya realizadas en fechas anteriores y que tienen resultados. Se busca si existe alguna solicitud diferida con fecha anterior a la cita que pueda tener el paciente para la especialidad que corresponda y si no es así, se genera una nueva solicitud desde el laboratorio, con las mismas determinaciones y con el fin de no perder la muestra del paciente ya que no podemos llegar a saber si el paciente se ha confundido de volante o el médico ha podido olvidar realizar la solicitud.

Se protocoliza la cancelación de una solicitud de la que se detectan tubos duplicados con igual numeración y constancia o no en el registro de enfermería de extracción duplicada. Se han etiquetado los tubos de dos pacientes con igual identificación y no es posible saber cuáles corresponden al paciente, además habrá un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

paciente que no tendrá resultados y que se ha hecho una extracción. Se cancela la petición y se avisa a la enfermera o médico responsable para realización de nueva solicitud y extracción. Se protocoliza la unificación de solicitudes múltiples procedentes de primaria ya que estas muestras con sus solicitudes no llegan en gradillas con el resto de muestras. Se fue solicitando a los centros de salud de forma gradual junto con el cambio de clasificación de las muestras, el que fuesen enviadas con sus solicitudes aparte, en una bolsa verde de transporte de muestras biológicas, de modo que la enfermera puede ver lo que se le solicita al paciente y las muestras de las que se dispone. Así puede decidir en qué solicitud es más adecuado incluir las demás, asegurando que la solicitud unificada tendrá todas las muestras de las que se dispone y recogiendo el que un muestra no ha sido recibida cuando falte. Se tomo la decisión del cambio en la llegada de muestras de solicitudes múltiples por la ineficiencia del proceso anterior, en que muestras y volante llegaban por distintas vías y no se podía entre tantas muestras visualizar lo que se pedía y lo que había llegado. Se unificaba en función de las etiquetas que faltaban en las solicitudes lo que hacía suponer que la muestra había llegado. La realidad era que no se realizaba una unificación real, se activaban varias solicitudes a la vez del mismo paciente, que quedaban incompletas y que requerían esfuerzo en la fase analítica de búsqueda imposible a veces, porque no se había dejado registro ni de con qué otra solicitud se había unificado (muchas veces de forma parcial) ni de qué número era el original de la petición. Se duplicaban determinaciones y otras se quedaban sin hacer, había muchas solicitudes del mismo paciente que tenían que ser unificadas en la fase analítica, por ello se procedió a realizar y protocolizar este cambio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Impacto de la modificación de las rutas de transporte en los flujos de trabajo.

Los tiempos de llegada de las neveras se cumplen de forma regular incluso llegando antes del tiempo máximo estimado, estos datos son recogidos de forma mensual y constan como indicador para la acreditación del área según la norma UNE EN ISO 15189. Con la modificación de las rutas la franja horaria se distribuye desde las 10:00 para la primera ruta, 10:30 para las rutas 2 y 3, y 11:00 para las rutas 4 y 5. De esta forma las muestras de la ruta 1 que antes llegaban a las 11:00, ahora llegan a las 10:30 junto con las de la ruta 2, lo cual permite un reparto horario de la carga de trabajo que antes tenía un gran pico a las 11:00.

2. Tiempos de procesado de las muestras (desde la extracción a la validación de resultados).

Tras los cambios de los procesos de vaciado de neveras y clasificación se ha reducido el tiempo de espera de las neveras en un 91% (de 45' a 4'), el tiempo máximo de espera de una muestra a ser preclasificada previamente a la entrada del equipo clasificador en un 57% (de 51' a 22'), el espacio ocupado en un 43,7%, el tiempo de vaciado en un 37% (de 57' a 36') y el de preclasificación en un 43% (de 57' a 33'), ha aumentado la satisfacción del personal que realiza este trabajo de 3 a 8,5 puntos, en una escala de 1 a 10. Estos datos se obtuvieron formando parte de un Trabajo fin de Máster de una alumna de la Escuela de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de Zaragoza. Así como estos tiempos se han reducido, no se han reducido los tiempos desde la clasificación final automatizada (CCM) a la entrada en cadena y validación final. Esto es debido a que no se ha hecho ninguna intervención en estos procesos como derivación de algunas muestras a otros laboratorios, lo cual reduciría tiempo en zonas horarias de carga máxima de trabajo, ni tampoco en el transporte de muestras desde el área preanalítica hasta cadena situada en la planta tercera del edificio. La comprobación se hizo midiendo tiempos entre la entrada de muestras (especialmente las procedentes de la nueva ruta) desde su paso por el equipo de clasificación automatizada hasta la validación de resultados, antes y después de los cambios introducidos hasta ahora.

3. Número de llamadas telefónicas: No se ha recogido el número total de llamadas recibidas en los tres puntos principales del área (secretaría, sala de clasificación y despacho de responsables).

4. Reducción de errores e incidencias en la gestión de muestras: No ha dado tiempo de su análisis debido al poco tiempo transcurrido desde su implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cambios introducidos han mejorado mucho en tiempo y eficiencia el proceso de preclasificación de muestras, pero es necesario seguir interviniendo en el resto del proceso para reducir los tiempos de espera de las muestras dentro del laboratorio y por tanto los tiempos de respuesta. Se pueden analizar los tiempos de carga máxima en los puntos críticos para intentar reducirla. La intervención sobre los errores es fundamental aunque muy compleja debido a la larga cadena que supone todo el proceso preanalítico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1036 ===== ***

Nº de registro: 1036

Título
MEJORA DEL AREA DE PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Autores:
GRACIA MATILLA ROSA, CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, LASIERRA MONCLUS ANA BELEN, HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO, AZNAR SAUCA ANA SAGRARIO, FALCON JIMENEZ DANIEL, BARRACHINA CARRANZA SUSANA, PUZO FONCILLAS JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Bioquímica está inmerso en un proyecto de mejora basado en la filosofía LEAN que se inició durante los meses de octubre y noviembre de 2015. En un inicio se diseñaron las líneas estratégicas del servicio y se identificaron las principales áreas de trabajo. Las áreas elegidas para la mejora fueron: Preanalítica, Bioquímica General (Cadena), Urgencias y la Sección de Orinas y Litiasis. En cada área, cada grupo de trabajo ha desarrollado diferentes metodologías de trabajo en busca de la mejora. El equipo de Preanalítica es el que ha abarcado un proyecto más amplio y que implica mayores modificaciones en los procesos de la fase preanalítica. Se aplica el método KAIZEN, que consiste en realizar cambios en el proceso que den lugar a un salto estructural en la mejora continua. Actualmente el área de preanalítica tiene un espacio limitado en el que se reciben todas las muestras extraídas en las plantas de hospitalización, consultas externas, neveras de los centros de atención primaria y de otros centros hospitalarios. Todo ello en un corto espacio de tiempo que concentra una elevada intensidad de trabajo y que genera en ocasiones deficiencias en el proceso. Estas deficiencias pueden ocasionar pérdida de la estabilidad de las muestras, alteración de los parámetros a medir y por tanto unos resultados no valorables que provocan un perjuicio a la seguridad del paciente. Este proyecto se realiza en paralelo y en consonancia con la acreditación según la norma UNE EN ISO 15189.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo principal es optimizar los flujos de trabajo en el área de preanalítica, organizar la sistemática en la recepción de muestras de los centros de atención primaria, reducir la incidencia de errores, eliminar las tareas que no aportan valor al proceso y en general reducir el tiempo del proceso preanalítico.

MÉTODO

Las tareas que se van a desarrollar son:

1. Programa de reorganización de flujos y operaciones
2. Rediseño de espacios, disposición y mobiliario
3. Optimización de la centrifugación (interno/externo)
4. Sistematización de la entrada y vaciado de neveras.
5. Gestión de llamadas telefónicas (evaluación de consultas más frecuentes)
6. Optimización de rutas urbanas de transporte de neveras de centros de atención primaria
7. Reorganización de roles/jerarquía
8. Ingeniería de movimiento de carros de muestras
9. Análisis y protocolos de gestión de errores

INDICADORES

1. Impacto de la modificación de las rutas de transporte en los flujos de trabajo. Se evaluará la reducción de las puntas de trabajo en la llegada de neveras.
2. Tiempos de procesado de las muestras (desde la extracción a la validación de resultados). Se han medido antes de la puesta en marcha de los cambios y se evaluarán al finalizar el proyecto.
3. Número de llamadas telefónicas
4. Reducción de errores e incidencias en la gestión de muestras

Se realizan reuniones periódicas, semanales (duración breve) para evolución del proyecto y trimestrales para profundizar en los cambios realizados y futuras mejoras a implantar.

DURACIÓN

Inicio: Julio 2016
Fin: Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1038

1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

Fecha de entrada: 03/02/2018

2. RESPONSABLE ANA BELEN LASIERRA MONCLUS
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO RUIZ SARA
SANCHEZ GARCIA GLORIA
ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE
RODRIGUEZ VALLE ANA
IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA
MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han revisado y actualizado las hojas de solicitud de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales (a la espera de definir la nueva cartera de servicios para publicarlas oficialmente).

Seguimiento del Indicador: Cumplimentación de los registros.

Se cumple el objetivo: Los registros se cumplimentan correctamente por el personal implicado (% errores en la cumplimentación de los registros < 5%)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos de este proyecto, tras analizar las incidencias preanalíticas más frecuentes, son:

- Revisar y actualizar las hojas de petición de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales. ALCANZADO.
- Definir los campos obligatorios a cumplimentar, cuya ausencia implicará rechazo de la muestra. ALCANZADO.
- Informar a los distintos centros de la comunidad de Aragón de los cambios realizados en las hojas de solicitud y de la importancia de su correcta cumplimentación. PENDIENTE de que se defina la actual cartera de servicios de Genética (por el grupo de trabajo del Salud).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha retrasado el proceso de acuerdo al cronograma establecido debido a que la cartera de servicios de los laboratorios se estaba definiendo a lo largo del año 2017. En concreto, para el área de Genética, en el último trimestre de 2017 tras una reunión con la Dirección General de Asistencia Sanitaria y con el Director de Área Coordinación Asistencial se ha acordado crear un grupo de trabajo para definir la cartera de servicios de Genética diferente al que estaba trabajando en la cartera de servicios de todos los laboratorios al tratarse de un área específica y con características particulares respecto al resto de laboratorios. Una vez quede definida, seguiremos adelante con el proyecto, es decir, enviar las nuevas hojas de solicitud a los diferentes centros y hospitales. Valorar la implantación de dichas hojas de solicitud y las repercusiones en el % de incidencias de preanalítica.

Por otro lado, seguimos trabajando en la revisión del procedimiento relativo a la preanalítica de la Sección de Genética Clínica y queremos ampliar el proceso a otras fases.

En estas tareas es muy importante el trabajo en equipo y la colaboración con diferentes servicios y personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1038 ===== ***

Nº de registro: 1038

Título
SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1038

1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

LASIERRA MONCLUS ANA BELEN, SERRANO RUIZ SARA, SANCHEZ GARCIA GLORIA, ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE, RODRIGUEZ VALLE ANA, IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA, MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet acreditado según normal UNE-EN ISO 15189 por ENAC desde 2009 mantiene y amplía el alcance en distintas áreas del Servicio. En concreto, la sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida comenzó el año pasado con la implantación de un sistema de gestión de calidad.

La fase preanalítica se divide en varias etapas: petición analítica, preparación del paciente, obtención y recogida de muestras, transporte y conservación. La frecuencia de errores en la etapa preanalítica es importante, según varios autores representan entre 46 al 68,2% del total de errores en el proceso del laboratorio (Plebani 2006). La sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida presenta unas características diferentes al resto de áreas del Servicio de Bioquímica Clínica debido a que al ser centro de referencia se reciben numerosas muestras de distintos hospitales y centros sanitarios de toda la Comunidad Autónoma de Aragón. En el área preanalítica de genética se han detectado un elevado número de incidencias (falta de datos demográficos del paciente, no consta nombre del clínico y/o servicio peticionario, falta de datos clínicos, error en el tipo de tubo extraído, entre otros) que son esenciales para poder llevar a cabo el adecuado estudio genético (datos clínicos, tipo de tubo extraído) y para que el clínico solicitante y el paciente puedan recibir el informe genético final y el asesoramiento genético correspondiente en nuestra consulta (datos demográficos del paciente, nombre del clínico y/o servicio peticionario). Por tanto, es necesario llevar a cabo medidas que disminuyan estas incidencias y así reducir el elevado tiempo que el personal dedica a solucionarlas y las importantes repercusiones que conllevan para el paciente cuando no se consiguen solucionar.

La oportunidad de mejora es el seguimiento del proceso ya iniciado en la fase preanalítica, la implantación de medidas para reducir las incidencias preanalíticas y la ampliación del proceso a otras fases.

RESULTADOS ESPERADOS

Durante el año anterior se ha implantado un sistema de gestión de calidad en la sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida con sus correspondientes listados de personal y equipos, cualificación del personal, registros, etc. Se espera conseguir:

Continuar con el proceso en la fase preanalítica y ampliarlo.

Llevar a cabo una serie de medidas para reducir el elevado número de incidencias preanalíticas.

MÉTODO

- Una vez analizadas las incidencias preanalíticas más frecuentes se ha decidido:
 - Revisar y actualizar las hojas de petición de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales.
 - Definir los campos obligatorios a cumplimentar, cuya ausencia implicará rechazo de la muestra.
 - Informar a los distintos centros de la comunidad de Aragón de los cambios realizados en las hojas de solicitud y de la importancia de su correcta cumplimentación.
- Revisión del procedimiento relativo a la preanalítica de la Sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida y finalización de su desarrollo.
- Formación del personal implicado en todo el proceso.
- Elaboración de indicadores de calidad, registro, evaluación y mejora de los mismos.
- Gestión de No conformidades, acciones correctivas y preventivas.
- Evaluación de las medidas llevadas a cabo sobre el número de incidencias preanalíticas.

INDICADORES

- Indicador: Actualización de las hojas de petición de genética.

Estándar: Se han revisado y actualizado las hojas de solicitud de estudios genéticos

Evaluación: Diciembre 2016

- Indicador: Formación del personal implicado en el proceso.

Estándar: N° de personas cualificadas/n° de personas implicadas en el proceso > 95%

Evaluación: al final del proyecto

- Indicador: Cumplimentación de los registros.

Estándar: Los registros se cumplimentan correctamente por el personal implicado (% errores en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1038

1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

cumplimentación de los registros < 5%).
Análisis: mensual
Evaluación: bimensual

4. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de preanalítica.
Estándar: El porcentaje de incidencias disminuye en un 10%.
Análisis: mensual
Evaluación: semestral

DURACIÓN

Cronograma:

Octubre - Diciembre 2016: actualización de las hojas de petición de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales y definición de los campos obligatorios a cumplimentar.
Diciembre 2016 - Enero 2017: información a los distintos centros.
Noviembre 2016 - 2017: registro de los indicadores y evaluación de los mismos.
2017: Evaluación del proyecto y elaboración de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CESAR MARQUEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA
GARCIA GONZALEZ ELENA
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ
RELLO VARAS LUIS
PUZO FONCILLAS JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

Durante 2017 se han revisado los procedimientos técnicos de los alcances ya acreditados y se han actualizado aquellos que procedía: Procedimiento de Cobre y Cinc (PTA-01_Z2(E)M_L-BQ, revisión K, 12/09/2017), Aluminio, Selenio y Plomo (PTA-02_Z2(E)M_L-BQ, revisión K 25/09/2017), Bioquímica general (PTA-03_Z2(E)M_L-BQ, revisión O, 27/09/2017), Inmunquímica (PTA-06_Z2(E)M_L-BQ, revisión H, 27/09/2017), Proteínas por Nefelometría (PTA-05_Z2(E)M_L-BQ, revisión G, 20/09/2017), HbA1c por HPLC (PTA-08_Z2(E)M_L-BQ, revisión G, 04/04/2017), Cribado Prenatal (PTA-11_Z2(E)M_L-BQ, revisión C, 31/08/2017). Para el nuevo alcance se ha elaborado el Procedimiento de Análisis de Inmunquímica mediante el BIO-FLASH (PTA-12_Z2(E)M_L-BQ, revisión A, 13/09/2017), así como el registro de actividades de mantenimiento del equipo. Otros procedimientos actualizados han sido el Manual de Acogida del Servicio de Bioquímica Clínica (PTG-01_Z2(E)M_L-BQ, revisión L, 20/07/2017) y el de Posanalítica e informes del Cribado Neonatal (PTG-05_Z2(E)M_L-BQ, revisión F, 03/04/2017).

2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)

Se ha realizado el seguimiento mensual y evaluación de los indicadores definidos en el sistema de calidad del servicio. Se detallan en el siguiente apartado.

3. Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (Responsable de Calidad)

Tras el análisis modal de fallos y efectos y la evaluación del mapa de riesgos se evidenció que la fase preanalítica es en la que existe mayor probabilidad de errores por lo que se han realizado acciones encaminadas a la reducción de errores, incidencias y mejora de todo el proceso. Las mejoras introducidas se describen en el proyecto de mejora del área de preanalítica.

4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)

Se realiza seguimiento diario y mensual o trimestralmente se evalúan los resultados en función de las especificaciones de calidad definidas para cada parámetro acreditado.

5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

Se participa en diferentes programas de intercomparación para la realización de controles externos de los parámetros acreditados. La periodicidad es mensual o bimensual.

6. Auditoría interna

La auditoría interna se realizó el 3 de abril de 2017 en la que se realizó seguimiento de los alcances acreditados.

7. Auditoría externa de ENAC

La auditoría externa de ENAC se celebró el 22 y 23 de Noviembre de 2017, la auditoría fue de seguimiento para los alcances acreditados y ampliación del alcance de Inmunquímica mediante el BIO-FLASH (Marcadores de enfermedad celíaca y Anticuerpo Péptido Cíclico citrulinado).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha superado satisfactoriamente la auditoría interna. En el caso de las desviaciones detectadas durante la auditoría se han implantado acciones correctivas y actualizado los procedimientos analíticos si procedía.

Tras la auditoría externa realizada por ENAC se han implantado un plan de acciones correctivas que se ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

enviado a ENAC. Está pendiente la resolución de la comisión encargada del expediente.

EVALUACIÓN DE INDICADORES FASE PREANALÍTICA

1. Indicador: 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%

Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 99.5%

Los resultados en global son satisfactorios. Tras las modificaciones implantadas en el mes de febrero de 2017 con el desdoblamiento de las rutas urbanas debido a la incorporación de una furgoneta más de reparto, se han reducido los tiempos de transporte de aquellos centros de inicio de ruta. Los cambios se han realizado en 2 de las rutas urbanas del sector Z2.

2. Indicador: 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 26°C

Estándar: <5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 0%

Resultados satisfactorios.

3. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria

Estándar: <5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 0.1%

Resultados satisfactorios. Las mejoras introducidas en el área de preanalítica durante 2017 y el contacto con los centros de salud han ido encaminadas a la reducción de incidencias en la extracción de muestras (principalmente identificación de las muestras y selección correcta de los contenedores).

4. Indicador: Porcentaje de muestras hemolizadas

Criterio: Las muestras de suero / plasma no han de estar hemolizadas

Estándar: <5% (Excepto muestras procedentes del Hospital Infantil y Urgencias)

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 3.16%

Se cumple el estándar establecido (hemólisis < 5%) en todos los centros excepto en los consultorios (supraestimados por el bajo número de muestras totales) y puntualmente el C.S. Canal Imperial San José Sur en septiembre. También superan el estándar Urgencias (16,78%), aunque ha disminuido respecto a años anteriores y Hospital Infantil (10,91%) pero es debido al tipo de pacientes. La media total de hemólisis no supera el estándar por lo que se consideran resultados aceptables.

5. Indicador: Gestión de la demanda analítica: Ampliar el número de parámetros con criterios de restricción de repeticiones

Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado

Estándar: >5 %

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: En el caso del proBNP la media anual del porcentaje de muestras rechazadas se encuentra dentro del estándar establecido. Para los parámetros Hb Alc, Proteínas, Proteinograma, Marcadores de enfermedad celíaca, Vitamina B12, Ácido Fólico y Anticuerpo cíclico citrulinado, el porcentaje oscila entre 0,1 y 4. Se constata que existe un buen ajuste de la demanda de estos parámetros debido a que son principalmente pruebas que se solicitan desde primaria o consultas externas.

Cribado neonatal

6. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados

Criterio: La impregnación de los papeles de filtro ha de ser completa y uniforme para su análisis

Estándar: < 1%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 0.25%

7. Indicador: Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio.

Criterio: Los tiempos de recepción de muestras desde la extracción por cada centro han de ser inferiores o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

iguales a 3 días en Aragón e inferiores o iguales a 5 días fuera de Aragón

Estándar: = 3-5 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Los resultados son satisfactorios. Desde el mes de junio se ha resuelto la desviación de las muestras procedentes del H. Arnau de Vilanova de Lérida (neonatos pertenecientes a Fraga).

8. Indicador: Edad a la extracción

Criterio: La edad a la extracción de la primera muestra ha de estar entre el segundo y tercer día de nacimiento

Estándar: Entre 2 y 3 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Correctos para todos los centros.

FASE ANALÍTICA

9. Indicador: Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo)

Criterio: Los resultados de los programas de Intercomparativos han de ser satisfactorios

Estándar: >90%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 96.2% Satisfactorio

Cribado neonatal

10. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos

Criterio: El análisis de las muestras en el espectrómetro de masas no ha de presentar incidencias en todo el proceso analítico

Estándar: < 5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 3.18%. Satisfactorio

FASE POSTANALÍTICA

11. Indicador: Tiempos de respuesta (Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de respuesta de cada determinación o grupo de parámetros dentro del tiempo de respuesta pactado).

Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado

Estándar: >95%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 98,1% Satisfactorio

12. Indicador: Registro de Comunicación de resultados de alarma

Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma ha de realizarse en menos de 48 horas.

Estándar: < 5% notificaciones más de 48h

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Las notificaciones se han enviado en tiempo correcto, se ha evaluado el porcentaje de notificaciones abiertas en un tiempo superior a 48 horas (estándar <5 %). La media anual del porcentaje de notificaciones de resultados críticos abiertas en un tiempo inferior a 24 h ha sido de 94% mientras que las abiertas en un tiempo superior a 48h del 4,9%. A lo largo del año el número de notificaciones no abiertas ha disminuido ligeramente, con una media del 19,3%. Las consultas de Cardiología, Oncología, Medicina Interna, Urología y las consultas de Pediatría son las que acumulan mayor porcentaje de notificaciones no abiertas. Siguen existiendo notificaciones que se abren pasadas las 48 h, varios meses superando el 5%.

Cribado neonatal

13. Indicador: Edad al informe del cribado neonatal

Criterio: El tiempo para la emisión de resultados del cribado neonatal no debe superar los 12 días de vida del recién nacido

Estándar: Igual/ Inferior a 12 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Satisfactorios. Desde el mes de junio se ha resuelto la desviación de las muestras procedentes del H. Arnau de Vilanova de Lérida (neonatos pertenecientes a Fraga).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El sistema de gestión de la calidad está correctamente implantado en el servicio de Bioquímica Clínica, el objetivo es la ampliación progresiva de los alcances con la incorporación de las diferentes áreas del laboratorio. Durante este año se ha conseguido solucionar la desviación con las muestras de cribado neonatal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

del área de Fraga y procedentes del hospital de Lérida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1076 ===== ***

Nº de registro: 1076

Título
SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Autores:
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, GARCIA GONZALEZ ELENA, GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ, RELLO VARAS LUIS, PUZO FONCILLAS JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Acreditación Laboratorios
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007. La última auditoría realizada por ENAC en junio de 2016 se evaluó todo el sistema de gestión de la calidad, incluyendo los objetivos e indicadores de los alcances ya acreditados y las ampliaciones y en septiembre se comunicó la resolución de la comisión de acreditación. Los alcances acreditados engloban las áreas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Proteínas, Metales, Cribado Neonatal, Hemoglobina glicosilada, Hormonas y Cribado Prenatal.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica para mantener y ampliar la acreditación 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.

MÉTODO
Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma.
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.Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (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.Auditoría interna
7.Auditoría externa de ENAC

INDICADORES
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%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

- 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 de realizarse en menos de 48 horas. Estándar: >95%

Análisis: Mensual. Evaluación: Anual

DURACIÓN

Inicio: Septiembre 2016

Fin: Junio 2017

Auditoría interna: Noviembre 2016

Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Diciembre 2016 - Enero 2017.

Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2016 - Diciembre 2016

Revisión del sistema de calidad: Abril 2017

Auditoría externa: Diciembre 2017

Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Diciembre 2017 - Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE GUILLERMO HERNANDEZ DE ABAJO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA
GARCIA GONZALEZ ELENA
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ
GRACIA MATILLA MARIA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

Durante 2019 se han revisado los procedimientos técnicos de los alcances ya acreditados y se han actualizado aquellos que procedía: Postanalítica e informes: Aminoácidos y Acilcarnitinas (PTG-05_Z2(E)M_L-BQ, revisión G, 03/05/2019), Preatalítica del Cribado Neonatal (PTP-03_Z2(E)M_L-BQ, revisión D, 02/05/2019), Guía rápida: Preatalítica del Cribado neonatal (PTP-04_Z2(E)M_L-BQ, revisión D, 3/05/2019), Procedimiento de Análisis de Cobre y Zinc (PTA-01_Z2(E)M_L-BQ, revisión L, 04/04/2019), Procedimiento de Análisis de Plomo, Selenio y Aluminio (PTA-02_Z2(E)M_L-BQ, revisión L, 03/04/2019), Procedimiento de Análisis de Bioquímica General (PTA-03_Z2(E)M_L-BQ, revisión Q, 07/05/2019), Resumen diario de trabajo de Bioquímica General (PTA-03-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión D, 12/02/2019), Procedimiento de Análisis Inmunoquímica (PTA-06-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión J, 07/05/19), Procedimiento de Análisis de Aminoácidos y Acilcarnitinas por Espectrometría de Masas (PTA-07-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión H, 03/05/19), Procedimiento de Análisis de Hemoglobina Glicosilada mediante HPLC (PTA-08-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión H, 03/05/2019), Procedimiento de Análisis de Inmunoquímica mediante el Architect i-2000SR (PTA-09-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión E, 09/02/2019), Procedimiento Análisis TSH, 17-Hidroxiprogesterona y Tripsina Inmunoreactiva por Delfia (PTA-10-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión F, 02/05/2019) y Procedimiento de Análisis de Cribado prenatal mediante el inmunoanализador Delfia Xpress (PTA-11-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión D, 09/02/2019).

2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)

Se ha realizado el seguimiento mensual y evaluación de los indicadores definidos en el sistema de calidad del servicio. Se detallan en el siguiente apartado.

3. Validación de nuevos métodos o nueva tecnología. Evaluación del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

En el 2019 se ha realizado la verificación y validación de la 25(OH)Vit. D por cambio en la metodología, con el objetivo de ampliar el alcance en el 2020. Los resultados se evalúan con las especificaciones de calidad que recomiendan las sociedades científicas de laboratorio clínico y son satisfactorios.

4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)
Se realiza seguimiento diario y mensual, se evalúan los resultados en función de las especificaciones de calidad definidas para cada parámetro acreditado.

5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
Se participa en diferentes programas de intercomparación para la realización de controles externos de los parámetros acreditados. La periodicidad es mensual, bimensual y semestral.

6. Realización de la Revisión por la Dirección (Responsable de Calidad y Director de Laboratorio).

La reunión para la revisión del sistema de calidad se realizó el 28 de Mayo de 2019 y en ella se detallaron los aspectos requeridos en la revisión durante 2018 y los objetivos y necesidades para 2019.

7. Auditoría interna

La auditoría interna se realizó el 20 de Febrero de 2019 con la correspondiente apertura de No conformidades y las consecuentes acciones correctivas posteriores para cerrarlas.

8. Auditoría externa de ENAC

La auditoría externa de ENAC se realizó el día 3 de Junio de 2019 con la correspondiente apertura de No conformidades, todas ellas cerradas tras el plan de acciones correctivas, y ampliación del alcance de la acreditación del laboratorio con las pruebas EPO y GH de la sección de hormonas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Evaluación de indicadores:

INDICADORES FASE PRE-ANALÍTICA:

1. Indicador: 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%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Pendiente de evaluación

2. Indicador: 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 26°C
Estándar: <5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Pendiente de evaluación

3. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria
Estándar: <5%
Análisis: Trimestral
Evaluación: Anual
Resultado: 0.04%
Los resultados se consideran satisfactorios

4. Indicador: Porcentaje de muestras hemolizadas
Criterio: Las muestras de suero / plasma no han de estar hemolizadas
Estándar: <5% (Excepto muestras procedentes del Hospital Infantil y Urgencias)
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 1.33%
Se cumple el estándar establecido (hemólisis < 5%) a excepción de las muestras procedentes de Urgencias (15.69%), y de Hospital Infantil (16.36%) pero es debido al tipo de pacientes. La media total de hemólisis no supera el estándar por lo que se consideran resultados aceptables.

5. Indicador: Gestión de la demanda analítica: Ampliar el número de parámetros con criterios de restricción de repeticiones
Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado
Estándar: >5 %

Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Se incorporan como parámetros a la gestión de la demanda la Vitamina D y la gestión del perfil tiroideo, como iniciativa del grupo de mejora de gestión de la demanda del servicio, con resultados favorables. Tanto en el caso del proBNP como de la Mioglobina, la media anual del porcentaje de muestras rechazadas se encuentra dentro del estándar establecido. Para los parámetros Hb Alc, Proteínas, Proteinograma, Marcadores de enfermedad celíaca, Vitamina B12, Ácido Fólico y Anticuerpo cíclico citrulinado, el porcentaje oscila entre 0,1 y 3. Se constata que existe un buen ajuste de la demanda de estos parámetros debido a que son principalmente pruebas que se solicitan desde primaria o consultas externas.

Cribado neonatal

6. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados
Criterio: La impregnación de los papeles de filtro ha de ser completa y uniforme para su análisis
Estándar: < 1%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 0.38%

7. Indicador: Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio.
Criterio: Los tiempos de recepción de muestras desde la extracción por cada centro han de ser inferiores o iguales a 3 días en Aragón e inferiores o iguales a 4 días fuera de Aragón
Estándar: = 3-4 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Resultado: No se cumple el indicador en algunos meses para los del CS Fraga. Nos ponemos en contacto con ellos.

8. Indicador: Edad a la extracción

Criterio: La edad a la extracción de la primera muestra ha de estar entre el segundo y tercer día de nacimiento

Estándar: Entre 2 y 3 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Resultados satisfactorios.

INDICADORES FASE ANALÍTICA:

9. Indicador: Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo)

Criterio: Los resultados de los programas de Intercomparativos han de ser satisfactorios

Estándar: >90%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Pendiente la evaluación anual.

Cribado neonatal

10. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos

Criterio: El análisis de las muestras en el espectrómetro de masas no ha de presentar incidencias en todo el proceso analítico

Estándar: < 5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 2.41%. Satisfactorio

INDICADORES FASE POST-ANALÍTICA:

11. Indicador: Tiempos de respuesta (Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de respuesta de cada determinación o grupo de parámetros dentro del tiempo de respuesta pactado).

Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado

Estándar: >95%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 92,2%. Se habla con los responsables técnicos de las secciones correspondientes donde no cumplen para detectar la causa, generalmente debida a problemas en los equipos y cambio de métodos.

12. Indicador: Registro de Comunicación de resultados de alarma

Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma ha de realizarse en menos de 48 horas.

Estándar: < 5% notificaciones más de 48h

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Las notificaciones se han enviado en tiempo correcto, se ha evaluado el porcentaje de notificaciones abiertas en un tiempo superior a 48 horas (estándar <5 %). La media anual del porcentaje de notificaciones de resultados críticos abiertas en un tiempo inferior a 24 h ha sido de 89.8% mientras que las abiertas en un tiempo superior a 48h del 3.2%, similar al año anterior. A lo largo del año el número de notificaciones no abiertas ha disminuido ligeramente, con una media del 11.7%, menor al año anterior. Las consultas de Cardiología, Oncología, Medicina Interna, Urología y las consultas de Pediatría son las que acumulan mayor porcentaje de notificaciones no abiertas.

Cribado neonatal

13. Indicador: Edad al informe del cribado neonatal

Criterio: El tiempo para la emisión de resultados del cribado neonatal no debe superar los 12 días de vida del recién nacido

Estándar: Igual/ Inferior a 12 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: No se cumple el indicador en algunos meses para las pruebas del talón remitidas por la Clínica del Perpetuo Socorro (Lérida). Nos ponemos en contacto con ellos.

El sistema de gestión de la calidad del laboratorio de Bioquímica clínica se mantiene y continúa ampliando el alcance de la acreditación mediante la incorporación de nuevas pruebas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

El sistema de gestión de la calidad está correctamente implantado en el servicio de Bioquímica Clínica, el objetivo es la ampliación progresiva de los alcances con la incorporación de las diferentes áreas del laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1076 ===== ***

Nº de registro: 1076

Título
SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Autores:
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, GARCIA GONZALEZ ELENA, GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ, RELLO VARAS LUIS, PUZO FONCILLAS JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Acreditación Laboratorios
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.
La última auditoría realizada por ENAC en junio de 2016 se evaluó todo el sistema de gestión de la calidad, incluyendo los objetivos e indicadores de los alcances ya acreditados y las ampliaciones y en septiembre se comunicó la resolución de la comisión de acreditación.
Los alcances acreditados engloban las áreas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Proteínas, Metales, Cribado Neonatal, Hemoglobina glicosilada, Hormonas y Cribado Prenatal.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica para mantener y ampliar la acreditación 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.

MÉTODO
Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma.
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.Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (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.Auditoría interna
7.Auditoría externa de ENAC

INDICADORES
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%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

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 de realizarse en menos de 48 horas. Estándar: >95%

Análisis: Mensual. Evaluación: Anual

DURACIÓN

Inicio: Septiembre 2016

Fin: Junio 2017

Auditoría interna: Noviembre 2016

Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Diciembre 2016 - Enero 2017.

Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2016 - Diciembre 2016

Revisión del sistema de calidad: Abril 2017

Auditoría externa: Diciembre 2017

Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Diciembre 2017 - Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CESAR MARQUEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA
GARCIA GONZALEZ ELENA
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ
GRACIA MATILLA ROSA
RELLO VARAS LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

Durante 2018 se han revisado los procedimientos técnicos de los alcances ya acreditados y se han actualizado aquellos que procedía: Bioquímica general (PTA-03_Z2(E)M_L-BQ, revisión P, 26/12/2018), Inmunología (PTA-06_Z2(E)M_L-BQ, revisión I, 26/12/2018), Determinación de Aminoácidos y Acilcarnitinas por Espectrometría de Masas (PTA-07_Z2(E)M_L-BQ, revisión G 21/01/2019), Inmunología mediante el Architect i2000 (PTA-09_Z2(E)M_L-BQ, revisión E 09/02/2019), Cribado Prenatal (PTA-11_Z2(E)M_L-BQ, revisión D, 09/02/2019) e Inmunología mediante el BIO-FLASH (PTA-12_Z2(E)M_L-BQ, revisión B, 14/05/2018). Por reorganización en la sección de Hormonas se ha elaborado un nuevo procedimiento de Inmunología mediante el DXI800 Hormonas (PTA-13_Z2(E)M_L-BQ, revisión A 26/12/2018) con incorporación de pruebas acreditadas y de ampliación, así como el registro de actividades de mantenimiento del equipo.

2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)

Se ha realizado el seguimiento mensual y evaluación de los indicadores definidos en el sistema de calidad del servicio. Se detallan en el siguiente apartado.

3. Validación de nuevos métodos o nueva tecnología. Evaluación del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

Se ha realizado la validación de las pruebas incluidas en la ampliación del alcance, Eritropoyetina y Hormona del Crecimiento, incluidas en el Procedimiento de Inmunología mediante el DXI800 Hormonas (PTA-13_Z2(E)M_L-BQ). Los resultados se evalúan con las especificaciones de calidad que recomiendan las sociedades científicas de laboratorio clínico y son satisfactorios.

4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)

Se realiza seguimiento diario y mensual o trimestralmente se evalúan los resultados en función de las especificaciones de calidad definidas para cada parámetro acreditado.

5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad) Se participa en diferentes programas de intercomparación para la realización de controles externos de los parámetros acreditados. La periodicidad es mensual o bimensual.

6. Realización de la Revisión por la Dirección (Responsable de Calidad y Director de Laboratorio).

La reunión para la revisión del sistema de calidad se realizó el 29 de Mayo de 2018 y en ella se detallaron los aspectos requeridos en la revisión durante 2017 y los objetivos y necesidades para 2018.

7. Auditoría interna

La auditoría interna prevista para 2018 no pudo realizarse en la fecha prevista, último trimestre del año y tuvo lugar el 20 de febrero de 2019.

7. Auditoría externa de ENAC

Durante el año 2018 no correspondía la realización de auditoría externa, prevista para Mayo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han adaptado los procedimientos a los cambios derivados de la incorporación de nuevos equipos y metodologías en las secciones de Bioquímica general y Hormonas.

Evaluación de indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

1. Indicador: 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%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 99.3%

Los resultados en global son satisfactorios.

2. Indicador: 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 26°C

Estándar: <5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 0%

Resultados satisfactorios.

3. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria

Estándar: <5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Pendiente de evaluación.

4. Indicador: Porcentaje de muestras hemolizadas

Criterio: Las muestras de suero / plasma no han de estar hemolizadas

Estándar: <5% (Excepto muestras procedentes del Hospital Infantil y Urgencias)

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 3.17%

Se cumple el estándar establecido (hemólisis < 5%) a excepción de las muestras procedentes de Urgencias (18,09%), y de Hospital Infantil (11,41%) pero es debido al tipo de pacientes. La media total de hemólisis no supera el estándar por lo que se consideran resultados aceptables.

5. Indicador: Gestión de la demanda analítica: Ampliar el número de parámetros con criterios de restricción de repeticiones

Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado

Estándar: >5 %

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: En el caso del proBNP la media anual del porcentaje de muestras rechazadas se encuentra dentro del estándar establecido. Para los parámetros Hb Alc, Proteínas, Proteinograma, Maarcadores de enfermedad celíaca, Vitamina B12, Ácido Fólico y Anticuerpo cíclico citrulinado, el porcentaje oscila entre 0,2 y 2,8. Se constata que existe un buen ajuste de la demanda de estos parámetros debido a que son principalmente pruebas que se solicitan desde primaria o consultas externas.

Cribado neonatal

6. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados

Criterio: La impregnación de los papeles de filtro ha de ser completa y uniforme para su análisis

Estándar: < 1%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 0.48%

7. Indicador: Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio.

Criterio: Los tiempos de recepción de muestras desde la extracción por cada centro han de ser inferiores o iguales a 3 días en Aragón e inferiores o iguales a 5 días fuera de Aragón

Estándar: = 3-5 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Los resultados son satisfactorios.

8. Indicador: Edad a la extracción

Criterio: La edad a la extracción de la primera muestra ha de estar entre el segundo y tercer día de nacimiento

Estándar: Entre 2 y 3 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Correctos para todos los centros.

INDICADORES FASE ANALÍTICA:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

9. Indicador: Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo)

Criterio: Los resultados de los programas de Intercomparativos han de ser satisfactorios

Estándar: >90%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 97.4% Satisfactorio

Cribado neonatal

10. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos

Criterio: El análisis de las muestras en el espectrómetro de masas no ha de presentar incidencias en todo el proceso analítico

Estándar: < 5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 2.85%. Satisfactorio

INDICADORES FASE POST-ANALÍTICA:

11. Indicador: Tiempos de respuesta (Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de respuesta de cada determinación o grupo de parámetros dentro del tiempo de respuesta pactado).

Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado

Estándar: >95%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 99,2% Satisfactorio

12. Indicador: Registro de Comunicación de resultados de alarma

Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma ha de realizarse en menos de 48 horas.

Estándar: < 5% notificaciones más de 48h

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Las notificaciones se han enviado en tiempo correcto, se ha evaluado el porcentaje de notificaciones abiertas en un tiempo superior a 48 horas (estándar <5 %). La media anual del porcentaje de notificaciones de resultados críticos abiertas en un tiempo inferior a 24 h ha sido de 94.7% mientras que las abiertas en un tiempo superior a 48h del 3.3%. A lo largo del año el número de notificaciones no abiertas ha disminuido ligeramente, con una media del 14.5%. Las consultas de Cardiología, Oncología, Medicina Interna, Urología y las consultas de Pediatría son las que acumulan mayor porcentaje de notificaciones no abiertas.

Cribado neonatal

13. Indicador: Edad al informe del cribado neonatal

Criterio: El tiempo para la emisión de resultados del cribado neonatal no debe superar los 12 días de vida del recién nacido

Estándar: Igual/ Inferior a 12 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Satisfactorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El sistema de gestión de la calidad está correctamente implantado en el servicio de Bioquímica Clínica, el objetivo es la ampliación progresiva de los alcances con la incorporación de las diferentes áreas del laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1076 ===== ***

Nº de registro: 1076

Título
SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Autores:
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, GARCIA GONZALEZ ELENA, GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

RELLO VARAS LUIS, PUZO FONCILLAS JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Acreditación Laboratorios
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.

La última auditoría realizada por ENAC en junio de 2016 se evaluó todo el sistema de gestión de la calidad, incluyendo los objetivos e indicadores de los alcances ya acreditados y las ampliaciones y en septiembre se comunicó la resolución de la comisión de acreditación.

Los alcances acreditados engloban las áreas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Proteínas, Metales, Cribado Neonatal, Hemoglobina glicosilada, Hormonas y Cribado Prenatal.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica para mantener y ampliar la acreditación 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.

MÉTODO

Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma.

- 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.Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (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.Auditoría interna
- 7.Auditoría externa de ENAC

INDICADORES

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 de realizarse en menos de 48 horas. Estándar: >95%

Análisis: Mensual. Evaluación: Anual

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

DURACIÓN

Inicio: Septiembre 2016

Fin: Junio 2017

Auditoría interna: Noviembre 2016

Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Diciembre 2016 - Enero 2017.

Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2016 - Diciembre 2016

Revisión del sistema de calidad: Abril 2017

Auditoría externa: Diciembre 2017

Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Diciembre 2017 - Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0025

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 28/01/2018

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.
MIGUEL ROMEO MARIA CARMEN
VILLEN ANTON ASCENSION
ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Han sido realizados todos los protocolos que en materia de seguridad del paciente quirúrgico has sido descritos en el proyecto. Has sido valorados y aprobados por la Comisión de Cuidados del HUMS y realizadas las correcciones y aportaciones observadas.

Estamos pendientes del volcaje de los mismos en la web informática para su total difusión y de que se marque como objetivo de unidad, para dar formación sobre el mismo, que se ejecute y poder evaluar resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Proyecto formalmente realizado y aprobado.
Pendiente fase de Implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para poder implantarlo hay que determinar que uno de los objetivos de Unidad sea trabajar bajo esta línea de trabajo y así poder medir resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/25 ===== ***

Nº de registro: 0025

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS)

Autores:
JIMENO JIMENEZ NOELIA, ALONSO ESTEBAN MARIA MERCEDES, MIGUEL ROMEO MARIA DEL CARMEN, VILLEN ANTON ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El velar por la seguridad del paciente sometido a una Intervención Quirúrgica, es la función más importante que tenemos como enfermeras dentro de nuestras actividades en el Bloque Quirúrgico.
Es por ello que creemos imprescindible el crear un sistema de protocolización de los diferentes sistemas de seguridad, a fin de crear una sistemática consensuada y de rigor científico con el objetivo de la mejora de nuestros cuidados en beneficio del aumento de la salud del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0025

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Además de la importancia en incidir en los diferentes sistemas de seguridad, creemos que al mismo tiempo hay una importante carencia en cuanto a la protocolización y estandarización de los mismos en el Bloque Quirúrgico, cosa que nos hace plantearnos un reto importante en cuanto a la implantación y desarrollo de los mismos de manera unánime en materia de seguridad.

En la actualidad, dichos sistemas se aplican de forma mecánica durante el acto Intraoperatorio pero no hay una planificación adecuada de los diferentes procedimientos con rigor científico que dictamine el porqué se debe de hacer de un modo determinado, cosa que puede llevar a errores, a un aumento de los riesgos intra y post operatorios, y en consecuencia, a una disminución de la calidad asistencial en beneficio del usuario.

Por todo ello creemos que es un proyecto no sólo útil en favor de la mejora de la calidad asistencial, sino que es NECESARIO, en el ámbito de los diferentes procedimientos, el bloque quirúrgico, donde el paciente está totalmente desprotegido al estar fuera de su entorno y su familia, y sometido a fármacos que alteran o anulan su capacidad de respuesta, alerta o ayuda ante los diferentes agentes externos que pueden incidir en él. La seguridad es vital para minimizar riesgos.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Crear un entorno seguro en todo paciente sometido a Intervención Quirúrgica, a través de la protocolización de todas las medidas de Seguridad que confluyen en al área quirúrgica.
- 2.- Garantizar la mejora de la calidad de los cuidados por parte del personal que trabaja dentro del bloque quirúrgico de Traumatología de HUMS.
- 3.-Aumentar la motivación y satisfacción del personal del Bloque Quirúrgico de Traumatología de HUMS

MÉTODO

Este proyecto se presentó en la convocatoria anterior 2015, y en este año sería una ampliación para la continuidad en el desarrollo de los protocolos marcados en el mismo.

Se pretende hacer un sistema de protocolización de los diferentes sistemas de Seguridad Intra operatorios incidiendo y minimizando los principales riesgos que acontecen en el paciente:

- < Riesgo úlcera por presión
- < Riesgo de Caídas y Accidentes
- < Riesgo de Luxaciones, roturas o dolor por posturas forzadas.
- < Riesgo de quemaduras
- < Riesgo de Electrocutación
- < Riesgo de alteraciones del sistema inmunitario < Riesgo de Infección

Se realizarán los Protocolos de posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica, Protocolo de prevención de riesgos eléctricos, protocolo de atención al paciente alérgico al látex, Protocolo de Manipulación de hemoderivados, Protocolo de lavado de manos Quirúrgico, Protocolo de desinfección y montaje del campo estéril,....etc

Los responsables de la realización de los mismos serán los profesionales implicados en dicho plan de mejora, y se utilizarán las diferentes fuentes de información científica y el consenso con otros profesionales, para estandarizar criterios.

INDICADORES

Indicadores de Estructura: Creación de protocolos en materia de seguridad

Se realizarán los mismos a través del consenso entre los diferentes profesionales implicados en el tema y a través de las diferentes fuentes de información científica.

Indicadores de Proceso: Porcentaje de personal del Bloque Quirúrgico de Traumatología del HUMS que lleva a cabo el cumplimiento de dicho protocolo

Indicadores de Resultado: Grado de Satisfacción y motivación del personal del Bloque Quirúrgico de Traumatología del HUMS

DURACIÓN

SEPTIEMBRE/OCTUBRE.....revisión del estado de los protocolos desarrollados y puesta en común de los planes futuros

NOVIEMBRE- FEBRERO.....Elaboración de Protocolos

MARZO- MAYO.....Implantación de los mismos en el Bloque quirúrgico

OBSERVACIONES

Se trata de un Proyecto que en la convocatoria anterior, 2015, ya se comentó que seguramente necesitaríamos una ampliación, y así lo solicitamos ahora, para poder completar su desarrollo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0025

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0306

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ELISA QUILEZ FRAJ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL NAVARRO SABRINA
LUIS LOBERA SARA
CABEZON PEREZ MARIA JESUS
URZAINQUI ZABALZA OFELIA
PUEYO ANDREA VERONICA
GARCIA PRIETO ELISA
PRADAS OTAL MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Definición del grupo de trabajo. Diciembre 2016
- Priorización de las técnicas anestésicas a protocolar. Enero 2017
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
Febrero 2017 - Marzo 2017
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema
Febrero - marzo 2017
- Consenso y elaboración de los protocolos de enfermería, sobre las técnicas anestésicas más habituales en quirófano y los cuidados de enfermería a aplicar
Mayo 2017- Septiembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos Específicos:

1. Contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que día a día realizan su actividad en anestesia
2. Actualizar los conocimientos y las habilidades relativas al cuidado del paciente que va a ser anestesiado.
3. Limitar la variabilidad en la práctica asistencial de los equipos de enfermería del bloque quirúrgico, en el área de anestesia.

Indicadores:

1. Existencia de protocolos de enfermería de las técnicas anestésicas priorizadas: SI

- Se han elaborado los protocolos siguientes:

- a. Cuidados de enfermería en la anestesia intradural, intratecal o raquídea
- b. Cuidados de enfermería en la anestesia general
- c. Cuidados de enfermería en la anestesia epidural
- d. Cuidados de enfermería en la anestesia general básica en criocirugía
- e. Cuidados de enfermería ante la alergia al látex

2. Accesibilidad de los protocolos para los profesionales de enfermería del bloque quirúrgico.

Todos los protocolos están accesible al personal del bloque quirúrgico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dado que los pacientes quirúrgicos son más proclives a desarrollar eventos adversos, relacionados tanto con los procedimientos quirúrgicos como con los procedimientos anestésicos, se pone de manifiesto la necesidad de aplicar medidas orientadas a su prevención, entre las que algunos autores han incluido la utilización de guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos.

Si nos centramos en la práctica anestésica y de reanimación, la enfermera en quirófano desempeña un papel crucial. Debe estar está capacitada para proveer o participar en la realización de técnicas avanzadas o especializadas, así como en la aplicación de diferentes técnicas analgésicas y el manejo seguro de fármacos de alto riesgo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/306 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0306

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

Nº de registro: 0306

Título
MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
QUILEZ FRAJ ELISA, GIL NAVARRO SABRINA, LUIS LOBERA SARA, CABEZON PEREZ MARIA JESUS, URZAINQUI ZABALZA OFELIA, PUEYO ANDREA VERONICA, GARCIA PRIETO ELISA, PRADAS OTAL MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las principales organizaciones de salud (OMS, OPS, Comité Europeo de Sanidad), agencias y organismos internacionales (AHRQ, NPSA, ACSQHC, OCDE) han desarrollado estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica. Todas ellas coinciden en recomendar a los diferentes gobiernos que sitúen la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes.

Las áreas quirúrgicas, son unidades complejas, multidisciplinarias, donde nos enfrentamos con relativa frecuencia a situaciones críticas.

Dado que los pacientes quirúrgicos son más proclives a desarrollar eventos adversos, relacionados tanto con los procedimientos quirúrgicos como con los procedimientos anestésicos, se pone de manifiesto la necesidad de aplicar medidas orientadas a su prevención, entre las que algunos autores han incluido la utilización de guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos.

Si nos centramos en la práctica anestésica y de reanimación, la enfermera en quirófano desempeña un papel crucial. Debe estar está capacitada para proveer o participar en la realización de técnicas avanzadas o especializadas, así como en la aplicación de diferentes técnicas analgésicas y el manejo seguro de fármacos de alto riesgo.

Los protocolos son especialmente útiles en los procedimientos anestésicos, ya que los técnicas a aplicar y los esquemas de administración de fármacos son complejos y variados, lo que facilita la aparición de errores. El uso de protocolos, logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal de enfermería de recién incorporación a la plantilla pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulte familiar. Protocolizando las técnicas más habituales en anestesia conseguiremos mejorar y actualizar nuestros conocimientos para ofrecer una asistencia con la máxima eficacia, calidad y seguridad para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

General:

? Garantizar un cuidado integral, seguro y de calidad del paciente quirúrgico anestesiado.

Específicos:

- Contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que día a día realizan su actividad en anestesia
- Actualizar los conocimientos y las habilidades relativas al cuidado del paciente que va a ser anestesiado.
- Limitar la variabilidad en la práctica asistencial de los equipos de enfermería del bloque quirúrgico, en el área de anestesia.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.
- Priorización de las técnicas anestésicas a protocolarizar.
- Análisis del contexto específico en que se van a aplicar.
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0306

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

- Consenso y elaboración de los protocolos de enfermería, sobre las técnicas anestésicas más habituales en quirófano y los cuidados de enfermería a aplicar.
- Implementar y evaluar el proyecto.

INDICADORES

- Existencia de protocolos de enfermería de las técnicas anestésicas priorizadas.
- Accesibilidad de los protocolos para los profesionales de enfermería del bloque quirúrgico.
- Nº de profesionales de enfermería que conocen el contenido de los protocolos realizados´

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 - Noviembre 2016
- Priorización, análisis y revisión bibliográfica - Diciembre 2016 - Marzo 2017
- Consenso y realización de los protocolos - Abril 2017 - Junio 2017
- Implementar y evaluar - Julio - Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0355

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE SARA LUIS LOBERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOBREVIELA PELEGRIN RUBEN
VALLEJO GUTIERREZ RAQUEL
BADESA PEÑA ANA ISABEL
SERRANO PELLICER SUSANA
QUILEZ FRAJ ELISA
MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE
TRASOBARES GRACIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Definición del grupo de trabajo: Octubre - Noviembre 2016
- Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar: Enero 2017
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible: Febrero 2017- Mayo 2017
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos : Febrero - Mayo 2017
- Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas y la forma de realizarla con detalle claro y preciso, de la patología, cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorio inmediato, instrumental quirúrgico, suturas necesarias, pasos a seguir en la intervención, materiales a utilizar y peculiaridades a tener en cuenta. En total se han elaborado 36 protocolos en formato de ficha quirúrgica. Junio 2017- Diciembre 2017
- Evaluar el proyecto. Diciembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los protocolos en formato de fichas quirúrgicas de las intervenciones quirúrgicas que se han elaborado son:

- Dehiscencia de esternón - Toracoscopia
- Implante de marcapasos - Toracostomía
- Reintervención cirugía cardiaca - Video toracoscopia
- Taponamiento cardiaco - Suturas mecánicas
- Acceso perianal - Reparación rotura ocular
- Apendicectomía abierta - Traqueotomía definitiva
- Colectomía abierta - Biopsia renal
- Colectomía laparoscópica - Cateterismo ureteral
- Colectomía total. Perforación IG - Colocación de doble J
- Hernia Incarcerada - Nefrostomía percutánea
- Laparoscopia exploradora - Revisión implante renal
- Laparotomía por perforación ID - Torsión testicular
- Perforación esofágica - Amputación supra e infra condilea
- Perforación estomago - Aneurisma abdominal
- Resección intestinal - Aneurisma aorto abdominal
- Sangrado hepático - Bypass - femoro- femoral
- Vía biliar complicada - Embolectomía
- Fistula arterio- venosa - Tratamiento electroconvulsivo

Todos los profesionales de los quirófanos de urgencias del HUMS conocen y tienen acceso a los protocolos en formato electrónico. Está pendiente la impresión a color de los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los protocolos son especialmente útiles en los procedimientos quirúrgicos, ya que las técnicas a aplicar son complejas y variadas.

El uso de protocolos, logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal de enfermería de recién incorporación a la plantilla pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulta familiar. La realización de los protocolos nos ha permitido mejorar y actualizar nuestros conocimientos y consensuar las intervenciones de enfermería a realizar en dichas intervenciones quirúrgicas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/355 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0355

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

Nº de registro: 0355

Título
DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
LUIS LOBERA SARA, SOBREVIELA PELEGRIN RUBEN, VALLEJO GUTIERREZ RAQUEL, BADESA PEÑA ANA ISABEL, SERRANO PELLICER SUSANA, QUILEZ FRAJ ELISA, MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE, TRASOBARES GRACIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los principales retos que afronta la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados es dar una respuesta de calidad a las necesidades sanitarias de una población, cada vez más exigente, en el marco de las limitaciones impuestas por el contexto económico y presupuestario.

Esta respuesta de calidad, frente al complejo proceso de toma de decisiones sanitarias, se ve dificultada, aún más, por la constante aparición de nuevas tecnologías, nuevas formas de trabajo y por la diversidad de criterios asistenciales para atender una misma condición clínica.

Durante los últimos años, probablemente bajo la influencia de la filosofía de la medicina basada en la evidencia, se ha considerado que la variabilidad en la práctica clínica es un verdadero problema asistencial, ya que las diferencias en el tipo de cuidados aplicados, sugieren la existencia de prácticas subóptimas. Disminuir la misma debe ser un objetivo prioritario de nuestra organización.

De esta necesidad, surge la idea de protocolarizar las diferentes intervenciones quirúrgicas en las que colaboran los equipos de enfermería.

La idea es poder desarrollar protocolos de enfermería en el bloque quirúrgico, realizados por y para profesionales de enfermería, con el fin de poder contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a dichos profesionales, como documento de consulta y formación, contribuyendo así a disminuir la variabilidad en la práctica clínica y a que la atención proporcionada a los pacientes quirúrgicos sea cada día de más calidad

RESULTADOS ESPERADOS

General:

? Garantizar la calidad y la mejora continua de los cuidados de enfermería en el bloque quirúrgico.

Específicos:

- Limitar la variabilidad en la práctica asistencial de los equipos de enfermería del bloque quirúrgico.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería por un trabajo bien hecho.
- Eliminar o reducir costes innecesarios derivados de la variabilidad del cuidado.
- Conducir la atención de enfermería en la dirección científica, contribuyendo al desarrollo de la cultura de la evidencia.
- Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.
- Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar.
- Análisis del contexto específico en que se van a aplicar.
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.
- Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas y la forma de realizarla con detalle claro y preciso, de la patología, cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorio inmediato, instrumental quirúrgico, suturas necesarias, pasos a seguir en la intervención, materiales a utilizar y peculiaridades a tener en cuenta.
- Implementar y evaluar el proyecto.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0355

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

- Existencia de protocolos en formato de fichas quirúrgicas de las intervenciones quirúrgicas priorizadas.
- Accesibilidad de los protocolos para los profesionales de enfermería del bloque quirúrgico.
- N° de profesionales de enfermería que conocen el contenido de los protocolos realizados'

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 - Noviembre 2016
- Priorización, análisis y revisión bibliográfica - Diciembre 2016 - Marzo 2017
- Consenso y realización de los protocolos - Abril 2017 - Junio 2017
- Implementar y evaluar - Julio - Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0356

1. TÍTULO

HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE LUIS FERNANDO MANCHON LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLLADO VILLAVERDE SORAYA
CHUECA TORAL LORENA
ALVAREZ FERNANDEZ JOSE LUIS
CARCAVILLA SARRATO SARA
PLANAS SERRANO MARIA JOSE
NOVEL CARBO LAURA
SERRANO BERITENS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Definición del grupo de trabajo. Enero 2017
- Revisión bibliográfica sobre la aplicación del modelo de Virginia Henderson en el acto quirúrgico- Febrero - Marzo 2017
- Consenso e integración de la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos de enfermería. - Abril -mayo 2017
- Aplicación del modelo de forma planificada, sistemática y continua en los protocolos de enfermería del bloque - Junio -noviembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Siguiendo el modelo de Virginia Henderson se realiza una valoración enfermera preoperatoria para detectar las necesidades del paciente quirúrgico. Tras consenso del equipo del proyecto se incide en la importancia de incluir y desarrollar la necesidad de seguridad (evitar peligros del entorno) en todos los protocolos N° de protocolos quirúrgicos de enfermería con valoración enfermera.
- Total de protocolos de enfermería: Se ha incluido en el 100% de los protocolos de enfermería existentes en el quirófano de urgencia del HUMS la valoración enfermera preoperatoria, incidiendo en la aplicación de la valoración de la necesidad de seguridad. N° de profesionales de enfermería del quirófano que aplican la valoración preoperatoria.
- Total de profesionales de enfermería de quirófano: El 100% de los profesionales de enfermería del quirófano de urgencia aplican el procedimiento desarrollado en el protocolo para evitar riesgos del entorno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Teniendo en cuenta que el momento de la cirugía sitúa a las personas en una situación vulnerable, especialmente en el ámbito físico y emocional, es imprescindible poder identificar a través de una valoración enfermera planificada, sistemática y continua, las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas del paciente Es importante incidir en la valoración enfermera ya que nos ayuda a prevenir posibles errores que se pueden realizar en la práctica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/356 ===== ***

Nº de registro: 0356

Título
HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

Autores:
MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO, COLLADO VILLAVERDE SORAYA, CHUECA TORAL LORENA, ALVAREZ FERNANDEZ JOSE LUIS, CARCAVILLA SARRATO SARA, PLANAS SERRANO MARIA JOSE, NOVEL CARBO LAURA, SERRANO BERITENS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0356

1. TÍTULO

HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sociedad e incluso muchos profesionales consideran que los equipos de enfermería que trabajan en las áreas quirúrgicas realiza una labor muy técnica en la que hay poco tiempo para prestar cuidados. Se precisan conocimientos, actitudes y habilidades técnicas en cirugía pero además estar capacitado para desarrollar un juicio crítico y tener habilidades intelectuales para que la relación enfermera-paciente esté sustentada en el cuidado humano, proporcionando cuidados integrales independientemente de la patología del paciente. Siguiendo a Bernard y Sandelowski, "La enfermera es el puente que une la tecnología con la atención de la salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en medios ambientales tecnológicos. Teniendo en cuenta que el momento de la cirugía sitúa a las personas en una situación vulnerable, especialmente en el ámbito físico y emocional, es imprescindible poder identificar a través de una valoración enfermera planificada, sistemática y continua, las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas del paciente para poder poner en marcha un programa individualizado y humanizado de cuidados de enfermería durante todo el proceso quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS

General:

? Proporcionar una atención, a los pacientes que requieren una intervención quirúrgica, que satisfaga sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados de enfermería especializados y humanizados basados en el Modelo de Virginia Henderson

Específicos:

- Concienciar a los profesionales de enfermería acerca de la necesidad de mejorar la forma de interactuar con el paciente en el momento de la valoración enfermera durante el proceso quirúrgico.
- Integrar la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos de enfermería

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre la aplicación del modelo de Virginia Henderson en el acto quirúrgico
- Consenso e integración de la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos de enfermería.
- Aplicación del modelo de forma planificada, sistemática y continua.
- Estudio observacional sobre la aplicación del proceso de valoración enfermera según modelo de Virginia Henderson.

INDICADORES

- Existencia del proceso de valoración enfermera en los protocolos quirúrgicos de enfermería.
- Nº de profesionales que realizan la valoración enfermera siguiendo el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson.

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 - Noviembre 2016
- Revisión bibliográfica -Diciembre 2016 - Enero - Febrero
- Integrar el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos
- Marzo 2017- Mayo 2017
- Estudio observacional sobre la valoración enfermera preoperatoria.
- Junio 2017 - Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR PALOMO GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTESINOS TORTOSA LUCIA
LOPEZ ARTAL LORENA
ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA
VALLE TAJADA MARTA
MARTINEZ MORERA NATALIA
GREGORIO PEREZ EVANGELINA
CATALAN GARCIA LARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Definición del grupo de trabajo. Diciembre 2016
Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS.
Febrero 2017 - Marzo 2017
Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico.
Observando aprendemos. - marzo 2017 - junio 2017
Sesiones formativas - Se realizan 2 sesiones formativas en la incorporación de nuevos profesionales de enfermería al bloque

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico- Realizada
Nº de sesiones de formación realizadas en el bloque quirúrgico - 2
Nº de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto. - el 98 % de los profesionales de enfermería del quirófano de urgencia realizan correctamente el lavado tras el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Habría que extender el programa a todos los profesionales que atienden directamente el proceso quirúrgico. Aunque inicialmente el proyecto se definió para formar al personal de enfermería tras el estudio observacional se evidencian errores en la realización del lavado quirúrgico en los médicos, fundamentalmente en los médicos residentes
Es efectivo tener la herramienta accesible en todos los escritorios de los ordenadores del bloque para ser fácilmente consultados

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto fue incluido en el acuerdo de gestión del año 2017.
Habría que continuar con la línea de trabajo

*** ===== Resumen del proyecto 2016/357 ===== ***

Nº de registro: 0357

Título
LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Autores:
PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR, MONTESINOS TORTOSA LUCIA, LOPEZ ARTAL LORENA, ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA, VALLE TAJADA MARTA, MARTINEZ MORERA NATALIA, GREGORIO PEREZ EVANGELINA, CATALAN GARCIA LARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El programa de la OMS "Una atención limpia es una atención más segura" aborda un aspecto clave en la seguridad de los pacientes que reciben atención sanitaria: prevenir la transmisión de agentes patógenos mediante el fomento de la higiene y el lavado de manos, con objeto de disminuir la incidencia de la infección nosocomial. Dentro de este tipo de infecciones, la de localización quirúrgica representa de un 14% a un 16% de las que se desarrollan en pacientes hospitalizados ocupando el tercer lugar entre las infecciones nosocomiales. Con estos datos, el objetivo principal que la OMS se ha marcado para el presente año es la mejora de las prácticas de higiene de las manos en todos los servicios quirúrgicos. Teniendo en cuenta que el bloque quirúrgico es una zona de especial riesgo por la instrumentación, manipulación y ruptura de barreras naturales que se realizan sobre los pacientes; es una prioridad que todos los profesionales que desarrollan su actividad, en dicha área, se adhieran al cumplimiento de las normas de higiene recomendadas por la OMS con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales.

RESULTADOS ESPERADOS

General:

? Garantizar la seguridad del paciente, evitando eventos adversos asociados a la atención quirúrgica como las infecciones nosocomiales.

Específicos:

- Concienciar acerca de la necesidad de que se mejoren y mantengan las prácticas de higiene de las manos quirúrgico en el momento oportuno y de la forma apropiada.
- Mejorar la adherencia al programa de higiene de manos.
- Mejorar el conocimiento y las prácticas sobre el método de higiene de las manos quirúrgicas.
- Contribuir a reducir el riesgo de transmisión de infecciones
- Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS.
- Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico. Observando aprendemos.
- Realización de sesiones formativas para el personal de enfermería
- Evaluación de resultados

INDICADORES

- Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico.
- N° de sesiones de formación realizadas en el bloque quirúrgico
- N° de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto.

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 - Noviembre 2016
- Revisión bibliográfica -Diciembre 2016 - Febrero 2017
- Elaboración del programa visual - Marzo 2017- Mayo 2017
- Sesiones formativas - En la incorporación de profesionales de nueva incorporación.
- Estudio observacional sobre el correcto lavado de manos -Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR PALOMO GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTESINOS TORTOSA LUCIA
LOPEZ ARTAL LORENA
ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA
VALLE TAJADA MARTA
MARTINEZ MORERA NATALIA
GREGORIO PEREZ EVANGELINA
CATALAN GARCIA LARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Definición del grupo de trabajo: Diciembre 2016

Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS:

Febrero - Marzo 2017

Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico

"Observando aprendemos": marzo - junio 2017

Sesiones formativas en la incorporación de nuevos profesionales de enfermería.

Se incorpora el módulo de higiene de manos en bloque quirúrgico en el programa formativo de Infección quirúrgica

Zero.

Durante el año 2018 se han realizado un total 4 ediciones en los que se han formado a 25 profesionales en cada una de ellas (en total 100 profesionales formados)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico- 2017

Nº de sesiones formativas realizadas en el bloque quirúrgico en la incorporación de nuevos profesionales - 4 (2017-2018)

Incorporación del módulo de higiene de manos en bloque quirúrgico en el programa formativo de IQZ: se realizan 4 sesiones donde formamos a 100 profesionales.

Nº de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto- Tras el último corte observacional el 93,10% de los profesionales han realizado correctamente la técnica del lavado de manos quirúrgico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es prioritario sensibilizar a todos los profesionales sobre la importancia de la higiene de manos para prevenir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. La formación continuada, en este área, es un aspecto clave.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/357 ===== ***

Nº de registro: 0357

Título

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Autores:

PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR, MONTESINOS TORTOSA LUCIA, LOPEZ ARTAL LORENA, ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA, VALLE TAJADA MARTA, MARTINEZ MORERA NATALIA, GREGORIO PEREZ EVANGELINA, CATALAN GARCIA LARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDA

Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El programa de la OMS "Una atención limpia es una atención más segura" aborda un aspecto clave en la seguridad de los pacientes que reciben atención sanitaria: prevenir la transmisión de agentes patógenos mediante el fomento de la higiene y el lavado de manos, con objeto de disminuir la incidencia de la infección nosocomial. Dentro de este tipo de infecciones, la de localización quirúrgica representa de un 14% a un 16% de las que se desarrollan en pacientes hospitalizados ocupando el tercer lugar entre las infecciones nosocomiales. Con estos datos, el objetivo principal que la OMS se ha marcado para el presente año es la mejora de las prácticas de higiene de las manos en todos los servicios quirúrgicos. Teniendo en cuenta que el bloque quirúrgico es una zona de especial riesgo por la instrumentación, manipulación y ruptura de barreras naturales que se realizan sobre los pacientes; es una prioridad que todos los profesionales que desarrollan su actividad, en dicha área, se adhieran al cumplimiento de las normas de higiene recomendadas por la OMS con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales.

RESULTADOS ESPERADOS

General:

? Garantizar la seguridad del paciente, evitando eventos adversos asociados a la atención quirúrgica como las infecciones nosocomiales.

Específicos:

- Concienciar acerca de la necesidad de que se mejoren y mantengan las prácticas de higiene de las manos quirúrgico en el momento oportuno y de la forma apropiada.
- Mejorar la adherencia al programa de higiene de manos.
- Mejorar el conocimiento y las prácticas sobre el método de higienes de las manos quirúrgicas.
- Contribuir a reducir el riesgo de transmisión de infecciones
- Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS.
- Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico. Observando aprendemos.
- Realización de sesiones formativas para el personal de enfermería
- Evaluación de resultados

INDICADORES

- Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico.
- N° de sesiones de formación realizadas en el bloque quirúrgico
- N° de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto.

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 - Noviembre 2016
- Revisión bibliográfica -Diciembre 2016 - Febrero 2017
- Elaboración del programa visual - Marzo 2017- Mayo 2017
- Sesiones formativas - En la incorporación de profesionales de nueva incorporación.
- Estudio observacional sobre el correcto lavado de manos -Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0263

1. TÍTULO

VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL "APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL" (AEP)

Fecha de entrada: 23/01/2018

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.
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER
LASALA ALASTUEY MARIA
RIVERO FERNANDEZ ELENA
LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR
CORDON RUIZ RUBEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el proyecto inicial estaba planificado la realización de un muestreo entre los ingresos de los años 2014 y 2015 del S. de Cardiología. En este tiempo el Servicio de Cardiología ha sufrido algunos cambios organizativos (filtrado de los ingresos por un cardiólogo en urgencias) que el grupo de trabajo del proyecto ha considerado relevantes por su influencia en el resultado. Por tanto, se ha decidido ampliar el estudio a los años 2016 y 2017 realizando un muestreo estratificado incluyendo el grupo de los ingresos filtrados en urgencias. Se dispone del listado de los ingresos correspondientes a los años incluidos en el estudio obtenida desde los registros de informes de alta. El muestreo de los años 2014 y 2015 se encuentra en avanzado estado de realización, quedando pendientes los años 2016 y 2017. Tras el replanteamiento de la población de estudio se han debido de modificar los cálculos de potencia estadística realizados previamente. De trabajo ya realizado se ha efectuado un análisis preliminar para valorar la calidad de resultados y la posibilidades de su análisis estadístico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por el momento no se disponen de datos reales dado que no se ha completado el muestreo. En el pequeño análisis estadístico realizado (que por su escasa representatividad sobre el total de los casos previstos) aparecen como inadecuados un porcentaje de ingresos escaso en torno a menos del 2%, lo que esta en consonancia con los datos de la literatura. La causa más frecuente es la demora en la realización de pruebas diagnósticas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para la realización del muestreo y análisis de los ingresos se han presentado varias dificultades produciendo una lentitud mayor de lo esperada en el proceso. Tras la búsqueda de la lista de ingresos es necesaria la revisión física de cada historia, además de los datos en formato electrónico para completar los campos a tener en cuenta en el formulario estandarizado utilizado. Es muy difícil establecer el retraso real en algunas exploraciones, en especial las radiológicas y consultas interservicios, por la falta de formato electrónico para su petición. Sería necesario avanzar en la completa informatización del centro, incluyendo las peticiones dentro de la actividad asistencial cotidiana.

7. OBSERVACIONES.

Dado el retraso alcanzado, el cronograma previsto se retrasa en unos 18 meses aproximadamente.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/263 ===== ***

Nº de registro: 0263

Título
VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL (AEP)

Autores:
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER, LASALA ALASTUEY MARIA, RIVERO FERNANDEZ ELENA, LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR, CORDON RUIZ RUBEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0263

1. TÍTULO

VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL "APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL" (AEP)

Tipo Patología : Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica . : Código Infarto
Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque : Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque : Eficiencia en el Uso de Recursos

PROBLEMA

Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria es evitar las hospitalizaciones inadecuadas (innecesarias o inapropiadas). El ingreso, además del coste siempre más elevado que la atención ambulatoria (para el paciente, sus familiares, el sistema sanitario y la sociedad), supone una serie de riesgos para la seguridad del paciente inherentes a la estancia en un hospital (infecciones nosocomiales, iatrogenia, episodios de delirium en ancianos, descondicionamiento físico etc...).

El control y estimación del número de ingresos evitables puede ser el primer paso para la puesta en marcha de medidas para evitarlos y, por tanto, la mejora en la atención dispensada a nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Estimar de manera empírica el número de hospitalizaciones en nuestro servicio que pueden considerarse innecesarias según los estándares internacionales.
Determinar las causas de estas estancias innecesarias.
Orientar la puesta en marcha de medidas para evitar estancias hospitalarias innecesarias en nuestro servicio.

MÉTODO

Se realizará un muestreo aleatorio estratificado entre los ingresos de los años 2014 y 2015. Se obtendrá una muestra de estancias suficiente para que la potencia estadística permita estimar con fiabilidad el número de ingresos evitables en la totalidad de los mismos.
Se utilizará para la evaluación de los casos el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) utilizado en los estudios de la literatura internacional al respecto.

INDICADORES

Se realizará un estudio transversal de la muestra seleccionada eliminando los casos en los que la historia no sea accesible o este incompleta para permitir una valoración adecuada.
Se calificarán los casos como ingreso inadecuado o adecuado. Se intentarán sacar conclusiones en cuanto a las variables predictoras o circunstancias relacionadas que pudieran favorecer estas estancias evitables, con vistas a intentar orientar las medidas a tomar.
Se remitirá un informe sobre los hallazgos a la jefatura del Servicio y se expondrán en una sesión conjunta del los miembros del mismo.

DURACIÓN

Noviembre-Diciembre: Diseño de la muestra y obtención de los casos.
Enero-Marzo: Análisis de los casos.
Mayo. Estudio estadístico.
Junio: Informe con propuestas a tomar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0405

1. TÍTULO

CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE NAIARA CALVO GALIANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLORIZ SANJUAN TERESA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
ASSO ABADIA ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha comunicado y explicado el protocolo a todo el servicio.
- Se ha establecido una plantilla de cuidados pre y postoperatorios con el fin de homogeneizar los cuidados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han implantado un total de 180 DAIS. En ningún caso ha sido necesario suspender el procedimiento por incumplimiento de los cuidados, aunque sí se ha requerido la demora del mismo en 3 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido una homogeneización de los cuidados de los pacientes, y este conocimiento se ha extendido tanto al equipo médico como de enfermería.
Se puede extender este proyecto a otros procedimientos intervencionistas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/405 ===== ***

Nº de registro: 0405

Título
CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA

Autores:
CALVO GALIANO NAIARA, OLORIZ SANJUAN TERESA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, ASSO ABADIA ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo Ambos sexos
Edad Adultos
Tipo Patología Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....

PROBLEMA
La Electrofisiología es una especialidad de Cardiología que ha sufrido una notable evolución en los últimos años. Ello ha propiciado el desarrollo de nuevas tecnologías y nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el campo de las arritmias cardíacas. Como consecuencia de este desarrollo, un número creciente de pacientes son sometidos a estas intervenciones, pacientes que ingresan en las plantas de Cardiología o bien son remitidos desde otras plantas de hospitalización. Es necesario, por tanto, divulgar entre los diferentes estamentos sanitarios los cuidados preoperatorios básicos que estos enfermos deben seguir con el fin de mejorar la eficacia y seguridad de este tipo de procedimientos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente proyecto es promover el conocimiento de las diferentes técnicas intervencionistas y establecer las medidas preoperatorias a seguir en el paciente que va a someterse a un procedimiento por la Unidad de Arritmias. Dicho objetivo tiene como finalidad mejorar la eficacia y eficiencia del cuidado de estos enfermos y reducir el riesgo de complicaciones asociado a estos procedimientos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0405

1. TÍTULO

CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA

MÉTODO

- Las medidas previstas para establecer el protocolo son las siguientes:
- Reunión del equipo médico y de enfermería para establecer los criterios a definir
 - Elaboración del protocolo
 - Aprobación por la Comisión de Tecnología
 - Publicación en intranet
 - Presentación oficial del protocolo al Servicio
 - Puesta en marcha del protocolo
 - Evaluación de resultados
 - Propuestas de mejora

Los responsables de la divulgación y correcta puesta a punto de dicho protocolo son los médicos de la Unidad de Arritmias

INDICADORES

- Indicadores de proceso:
 - A. cumplimiento del protocolo de asistencia pre-intervención por parte de las plantas de hospitalización
- Indicadores de resultados:
 - A. tasa de complicaciones derivadas del no cumplimiento del protocolo
 - B. Porcentaje de procedimientos suspendidos o demorados como consecuencia de una incorrecta preparación del paciente

DURACIÓN

- La fecha prevista de inicio sería inmediata.
El calendario previsto de actuaciones es el siguiente:
- Octubre 2016: Reunión del equipo médico y de enfermería para establecer los criterios a definir
 - Octubre 2016: Elaboración del protocolo
 - Noviembre 2016: Aprobación por la Comisión de Tecnología
 - Noviembre-Diciembre 2016: Publicación en intranet
 - Noviembre-Diciembre 2016: Presentación oficial del protocolo al Servicio
 - Noviembre, diciembre 2016: Puesta en marcha del protocolo
 - 2017: Evaluación de resultados -
 - 2017: Propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0438

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE EVA MORENO ESTEBAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE
CASADO DOMINGUEZ JUAN MANUEL
LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR
AURED GUALLAR MARIA CARMEN
RIVERO FERNANDEZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado progresivamente la digitalización del laboratorio del Ecocardiografía, que ha permitido la agilización del proceso asistencial del HUMS. Mejorando la calidad diagnóstica, adquisición de la imagen, mejorando la conexión con otros hospitales.

Ha apoyado la gestión de la actividad de Ecocardiografía. El sistema de digitalización todavía está en proyecto la gestión de entrada y registro de pacientes y datos del paciente mediante conexión con el HIS a través del mecanismo de comunicación habilitado.

Ya está realizado la planificación y citación de pacientes en el HIS del HUMS para transmitir dichos datos de citación al sistema de Ecocardiografía, planificando el horario desde DICOM- Work list.

La digitalización ha permitido la interconexión con las distintas secciones de Cardiología, Hemodinámica y el servicio de cirugía cardíaca.

Estamos en proyecto para la gestión de informes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejoría en la relación tiempos paciente-máquina. Mejoría de la relación con las distintas secciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

SE debe continuar el proceso para mejorar la relación con otros servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/438 ===== ***

Nº de registro: 0438

Título
DIGITALIZACION DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA

Autores:
MORENO ESTEBAN EVA MARIA, CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE, CASADO DOMINGUEZ JUAN MANUEL, LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR, AURED GUALLAR MARIA CARMEN, RIVERO FERNANDEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La necesidad de la digitalización de los laboratorios de ecocardiografía va en paralelo con la expansión de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0438

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA

la técnica merced al desarrollo tecnológico. Con la instalación del Sistema de Ecocardiografía Digital de la sección de Pruebas funcionales de Cardiología del HUMS se pretende conseguir los siguientes objetivos;

1. Mejora la calidad diagnóstica, Agiliza el proceso asistencial del HUMS: En la cita del paciente para ecocardiografía, en la adquisición de la imagen, en la elaboración del informe y su transcripción, en la distribución y disponibilidad de la Imagen e informe para los peticionarios, en la implantación y acceso a protocolos, guías clínicas y plantillas predefinidas para la ayuda al informando, en el establecimiento de interconsustas, en mejorar la conexión con otros hospitales y niveles asistenciales, en la integración de información y documentación complementaria procedente de otros Servicios documentales

2. Apoyo a la gestión de la actividad de ecocardiografía, obtener estadísticas adecuadas, reducir la pérdida de información o su tiempo de búsqueda,

RESULTADOS ESPERADOS

El sistema de digitalización se encargará de:

- Entrada y registro de peticiones y datos de paciente. El sistema tendrá la capacidad de recibir las peticiones que llegan al Laboratorio de Ecocardiografía mediante conexión con el HIS a través del mecanismo de comunicación habilitado.
- Planificación y citaciones de paciente y exámenes. Se realizará la citación de pacientes en el HIS del HUMS, para después transmitir dichos datos de citación al sistema de ecocardiografía (ver apartado integración) Valorar servicios web para enviar solicitudes de pruebas de ecocardiografía. Se puede planificar horario con el servicio DICOM-Worklist.
- Datos de examen: Datos asociados al estudio, códigos del examen, fungibles utilizados...
- Gestión de informes: el sistema facilitará toda la información necesaria en relación con el paciente y el estudio. Los informes incluirán uno o más campos de codificación de diagnóstico, como ICD (Internacional Classification of diseases), listas de codificación de cardiopatías y procedimientos (AEPC:EPCC y de la SYS/EACTS o definidos por el usuario. Valora utilización SNOMED CT.
- Generación de listados Listados de trabajo de cada una de las actividades del departamento.
- Estadísticas: Peticiones, servicios solicitantes, tipos de examen, equipos de imagen, materiales utilizados.

MÉTODO

Se ha iniciado ya la primera parte del proyecto gracias al soporte de informática. El soporte de red local utiliza los elementos centrales del PACS (Almacenamiento, ordenadores, estaciones de diagnóstico), ya se ha indicado su configuración y extensión, así como la arquitectura de conexión a la red general del HUMS que se propone. El acceso a las imágenes se realizará desde cualquier estación. El sistema PACS debe también admitir las estaciones. Ya se han realizado los requisitos necesarios de instalación de las salas donde se ubiquen los procesadores centrales y archivos localizados en la sección de Ecocardiografía localizado en la planta baja del edificio Multifuncional del HUMS. Ya se ha organizado con el servicio de Informática el funcionamiento del sistema de almacenamiento de imágenes y procedimientos de copia de seguridad y recuperación del sistema después de incidencias.

INDICADORES

Con la digitalización podremos estar conectados con los servicios de Cardiología, hemodinámica y cirugía cardíaca Monitorizaremos la inclusión de las distintas salas y ecógrafos incorporados a la red. Se monitorizará la inclusión de informes en la Historia clínica electrónica del SALUD

DURACIÓN

Se ha iniciado ya la incorporación de nuevas redes de internet en las distintas salas de la sección para iniciar el proceso de digitalización

Se irán programando los distintos ecografos para que integren en las Work list desde el HIS/RIS de HUMS y se

iniciarán pruebas de envío de estudios al PACS

En enero se iniciará las pruebas para incorporar los informe en Historia clínica electrónica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0492

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE VICTORIA PEDRERA ROMAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAZ OLIVAN ALEXANDRA
MELCHOR PEREZ PATRICIA
LAPLANA MIGUEL OLGA
RODRIGUEZ AYLAGAS MANUEL
CALONGE ROY LORENA
GRACIA GIMENO CAROLINA
PALACIN LARROY AINHOA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de un protocolo para el paciente al que se le va a implantar un holter insertable, en el que aparece la definición de la técnica, cuidados pre/post implante y educación sanitaria posterior.

2. Elaboración de un soporte visual/póster, situado en la entrada del servicio de cardiología, que sirve de guía rápida y visual a cerca de los cuidados pre/post implante y educación sanitaria posterior. Útil tanto para el personal sanitario como para pacientes y familiares.

Para la elaboración tanto del protocolo como del póster realizamos:

- Búsqueda bibliográfica actualizada.
- Recogida de datos previa a la elaboración del póster mediante revisión de documentación clínica.
- Consulta con el equipo de Electrofisiología encargado de la implantación del dispositivo.

3. Curso de formación impartido por personal del servicio "Cuidados de Enfermería tras los procedimientos de electrofisiología S2-0380/2017" con fecha 14/06/2017.

Con todo lo anterior, conseguimos la formación del personal de nueva incorporación, así como del ya experimentado perteneciente a la plantilla del servicio de cardiología, respecto a los cuidados pre y post colocación de un holter insertable.

4. Información personalizada según el protocolo, al paciente ingresado y a los familiares o personas que conviven con él, tanto de los cuidados pre/post procedimiento, como la educación sanitaria a cerca del manejo del dispositivo una vez dado de alta.

Para completar la información facilitada, es de gran utilidad el soporte visual/ póster presente en la unidad, ya que explica de forma detallada tanto el procedimiento, como los cuidados posteriores y manejo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 11 pacientes atendidos según protocolo/ 11 pacientes ingresados durante el año para colocación holter x 100 = 100%
- 11 pacientes portadores de holter formados / 11 pacientes ingresados durante el año para colocación de holter x 100 = 100%
- Curso de formación: 25 asistentes (personal de Enfermería + TCAEs, de planta y contratos de verano no formado) / 26 total personal sanitario (Enfermería + TCAEs, de planta y contratos de verano) no formado x 100 = 96,1%
- Adquisición de conocimientos respecto a la técnica y cuidados necesarios, así como disminución de la variabilidad de los cuidados proporcionados por el personal del servicio, tanto de plantilla como personal de nueva incorporación.
- Aumento de la satisfacción del paciente y disminución de su ansiedad por falta de conocimientos acerca del procedimiento durante la hospitalización y cuidados/manejo en el momento del alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El protocolo está pendiente de aprobar por la Comisión de Calidad.
- La muestra de pacientes atendidos a los que se les ha aplicado el protocolo es pequeña, debido a la disminución de ingresos para colocación de holter insertable a lo largo del año 2017, realizándose dicha técnica cada vez con más frecuencia de forma ambulatoria.
- Con la elaboración del protocolo y el póster, además del curso de formación, hemos conseguido unificar criterios con el fin de estandarizar los cuidados enfermeros y prestar una asistencia de calidad, incrementando así el grado de satisfacción, seguridad y confianza del paciente portador de un holter insertable.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0492

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE

*** ===== Resumen del proyecto 2016/492 ===== ***

Nº de registro: 0492

Título
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE

Autores:
PEDRERA ROMAN VICTORIA, SAZ OLIVAN ALEXANDRA, MELCHOR PEREZ PATRICIA, LAPLANA MIGUEL OLGA, RODRIGUEZ AYLAGAS MANUEL, CALONGE ROY LORENA, GRACIA GIMENO CAROLINA, PALACIN LARROY AINHOA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante la falta de un instrumento para la unificación de criterios con respecto al manejo del dispositivo, surge la necesidad de la elaboración de un protocolo que facilite una asistencia de calidad en los procedimientos de enfermería, mejore su efectividad e incremente el grado de satisfacción del usuario.
Es importante que haya unas pautas de actuación del personal de enfermería para que sirva de referencia en la formación del personal que se inicie en este área y de actualización del ya experimentado, en busca de la excelencia asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
- Favorecer el desarrollo profesional mediante la ampliación de conocimientos.
- Unificación de cuidados enfermeros orientados a pacientes portadores de Holter insertable.
- Ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad.
- Aumento de la seguridad y confianza del paciente.

MÉTODO
Las medidas previstas serán la elaboración de un protocolo junto con un soporte visual de consulta rápida en forma de póster. Se complementará con cursos de formación tanto a profesionales como a usuarios.
Se llevará a cabo por el personal de enfermería del servicio de cardiología con los conocimientos suficientes en la materia.

INDICADORES
Indicadores y su forma de obtención de datos:
* Nº personal sanitario formado / Nº personal sanitario total x 100 : mediante formularios de evaluación de conocimientos
* Nº pacientes que obtienen los cuidados según protocolo / Nº total de pacientes que obtienen cuidados x 100 : a través de los planes de cuidados de enfermería.
* Nº usuarios portadores de holter insertable formados / Nº usuarios total portadores de holter insertable x 100 : por medio de entrevista con el paciente acerca de sus conocimientos previa alta.

DURACIÓN
Se inició en Octubre de 2016 y la duración aproximada será de un año. Durante este período de tiempo se realizará un protocolo junto con un soporte visual de consulta rápida en forma de póster.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0546

1. TÍTULO

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLÓGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE DANIEL LOPEZ SANGÜESA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGÍA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SALO GREGORIO VANESA
ARTAJONA MATA ROSA MARIA
IBÁÑEZ PINA MAITE
MARTINEZ SIMON MARIA ESTER
MARTIN TELLO PURIFICACION
PEREZ USON MARIA MILAGROS
SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Revisión bibliográfica exhaustiva sobre la existencia de guías de actuación y/o planes de cuidados de enfermería en otras unidades de hospitalización, semejantes a la nuestra, en lo que respecta a los cuidados anteriores y posteriores, de pacientes sometidos a procedimientos de electrofisiología cardiaca. Se realizó mediante trabajo individual y posteriormente, se llevó a cabo la puesta en común con el equipo de mejora, durante los meses de Octubre-diciembre de 2016.

2. Diseño de dos tipos de entrevistas para los diferentes profesionales entrevistados. Una para el personal médico y otra diferente para el personal de enfermería. Llevándose a cabo durante los meses enero y febrero del 2017, por el equipo de mejora.

3. Realización de las diferentes entrevistas a los cardiólogos de la unidad de hospitalización y a los médicos responsables de la unidad de electrofisiología Igualmente de realizo enfermeras responsables de nuestra unidad y de electrofisiología. Llevándose a cabo durante los meses enero y febrero del 2017 por el equipo de mejora.

4. Diseño del plan de cuidados que se va a prestar a dichos pacientes. Nos hemos centrado especialmente en los cuidados anteriores y posteriores que se ejecutan en la unidad de hospitalización, ante los diferentes procedimientos de la unidad de electrofisiología. El equipo de mejora tuvo presentes los datos obtenidos de las diferentes entrevistas realizadas y de la búsqueda bibliográfica. Llevándose a cabo entre los meses de marzo-junio del 2017

5. Difusión del Plan de cuidados ya diseñado al personal de enfermería de la unidad y de nueva incorporación mediante la planificación de varios cursos de formación. Se realizaron dos cursos de formación para DUES y TCAES de la unidad de hospitalización de cardiología (formando parte de la formación del personal del sector II con el código de registro S2-0380/2017). Se realizaron durante de mes junio del 2017 y están proyectados otros dos cursos para las mismas fechas del año 2018 coincidiendo con la incorporación de nuevo personal temporal a la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido una guía de actuación para la orientación del personal de enfermería (DUES y TCAES) de la unidad de hospitalización en la prestación de cuidados pre y post de dichos pacientes sometidos a los diferentes procedimientos de electrofisiología cardiaca (estudios electrofisiológicos, ablaciones por radiofrecuencia, cardioversión eléctrica y desfibrilación eléctrica), con la consiguiente unificación de criterios de dicho personal a la hora de atender a estos pacientes.

Se ha instruido al 98% del personal de la unidad y de nueva incorporación sobre la existencia del plan de cuidados específico con sus diferentes intervenciones enfermeras y la necesidad de llevarlo a cabo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusión desde y para el equipo de mejora es intentar realizar futuros planes estandarizados de cuidados enfermeros para los procedimientos más frecuentes a los que son sometidos los pacientes ingresados en nuestra unidad para la mejora clara de su atención. Con la consiguiente instrucción y formación de nuestro personal. La recomendación principal desde y para este equipo de mejora para proyectos futuros es la mejor adecuación la magnitud de los objetivos con las posibilidades y características (tiempo disponible, formación en investigación...) del equipo de mejora.

Recomendaciones para futuros proyectos: como punto débil durante el desarrollo del proyecto hemos notado una baja adhesión el calendario y de los tiempos proyectados en su diseño, con el consecuente retraso en la realización de las actividades y la no consecución de la totalidad de los objetivos proyectados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0546

1. TÍTULO

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLÓGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/546 ===== ***

Nº de registro: 0546

Título
PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLÓGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Autores:
LOPEZ SANGÜESA DANIEL, SALO GREGORIO VANESA, ARTAJONA MATA ROSA MARIA, IBAÑEZ PINA MAITE, MARTINEZ SIMON MARIA ESTER, MARTIN TELLO PURIFICACION, PEREZ USON MARIA MILAGROS, SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteración del ritmo cardiaco
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes que padecen trastornos del ritmo cardiaco en la actualidad van a ser sometidos a una gran variedad de procedimientos invasivos y no invasivos con fines diagnósticos y/o terapéuticos en las unidades de electrofisiología y/o arritmias, dentro de los cuales se integran los estudios electrofisiológicos, las ablaciones por radiofrecuencia, la cardioversión y desfibrilación eléctrica. Estos pacientes antes y después de dichos procedimientos van a ser atendidos en unidades de enfermería hospitalaria donde deben recibir unos cuidados muy específicos dirigidos hacia una preparación idónea antes del desarrollo del procedimiento y hacia una prevención y/o actuación rápida ante posibles complicaciones posteriores. En estos últimos años con la creación de nuevas unidades de electrofisiología en nuestra comunidad ha aumentado el número de pacientes a los que se les desarrollan estas técnicas y el número de nuevas técnicas gracias a la "super especialización" en la electrofisiología intervencionista. En las diversas unidades de enfermería de hospitalización cardiológicas hemos detectado dudas en la práctica diaria sobre la atención de dichos pacientes y variabilidad en los cuidados prestados por parte de enfermería, por lo que vimos una oportunidad de mejora. A las cuales sumamos la existencia de variación del personal que atiende a estos pacientes, debido a la incorporación de nuevos miembros de la unidad que necesitan ser formados y apoyados en el cuidado específico de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

OBEJTIVO GENERAL

- Unificar criterios en la actuación del personal de la propia unidad en la atención del paciente cardiaco pre-post procedimientos de electrofisiología intervencionista (estudios electrofisiológicos, las ablaciones por radiofrecuencia, la cardioversión y desfibrilación eléctrica).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer una guía de actuación para personal de enfermería de la unidad y de nueva incorporación.
- Enumerar las diferentes intervenciones de enfermería a realizar en estos pacientes.
- Crear fichas ilustrativas del plan de atención como herramienta de apoyo al trabajo diario en la unidad.

MÉTODO

1. Información de existencia de protocolos de actuación de enfermería de otras unidades semejantes en la atención pre-post procedimientos de electrofisiología, mediante revisión bibliográfica.
2. Realización de entrevistas con médicos especialistas en cardiología y enfermeras responsables de la unidad.
3. Realización de entrevistas con cardiólogos y enfermeras especialistas en electrofisiología, responsables de la realización de dichas técnicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0546

1. TÍTULO

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

4. Realización de de un plan de cuidados de enfermería para estos pacientes con la colaboración de todo el equipo de mejora.
5. Ilustración del plan de cuidados realizado en fichas ilustrativas para facilitar así el trabajo de diario.
6. Divulgar entre los compañeros de la unidad y de nueva incorporación el plan de cuidados mediante sesiones informativas para la instrucción en el cuidado específico de dichos pacientes.

INDICADORES

- Evaluación de los cuidados prestados : mediante la valoración de los 10 ítems más representativos del cuidado prestado a dichos pacientes valorando así las historias clínicas de una muestra seleccionada.
- Evaluación de la formación: calculando el % de profesionales de la unidad y de nueva incorporación que ha sido instruido.

DURACIÓN

1. Información de existencia de protocolos de actuación de enfermería de otras unidades semejantes en la atención pre-post procedimientos intervencionistas de electrofisiología, mediante revisión bibliográfica. Octubre-Noviembre de 2016
2. Realización de entrevistas con médicos especialistas en cardiología y enfermeras responsables de la unidad de hospitalización. Diciembre - Enero de 2016/17.
3. Realización de entrevistas con cardiólogos y enfermeras especialistas en electrofisiología, responsables de la realización de dichos procedimientos de electrofisiología intervencionista. Diciembre - Enero de 2016/17.
4. Realización de de un plan de cuidados de enfermería para estos pacientes con la colaboración de todo el equipo de mejora. Febrero-Marzo 2017
5. Ilustración del plan de cuidados realizado en fichas ilustrativas. Abril- Mayo 2017
6. Divulgar entre los compañeros de la unidad y de nueva incorporación el plan de cuidados mediante sesiones informativas para la instrucción en el cuidado específico de dichos pacientes. Junio de 2017.
7. Evaluación de la formación. Septiembre - Octubre de 2017
8. Evaluación de los cuidados prestados: Septiembre - Octubre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0566

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DEDESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ESTER MARTINEZ SIMON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA
PEREZ USON MARIA MILAGROS
PEDRERA ROMAN VICTORIA
SAZ OLIVAN ALEXANDRA
LAPLANA MIGUEL OLGA
MELCHOR PEREZ PATRICIA
MARTIN TELLO PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACIÓN DE CURSOS DE FORMACIÓN IMPARTIDOS POR ENFERMERAS DE LA UNIDAD. EL CURSO HA IDO DIRIGIDOS TANTO A ENFERMERAS COMO TCAE, ADAPTANDO EL CONTENIDO DEL MISMO.. HASTA EL MOMENTO SE HAN REALIZADO UNA CONVOCATORIAS PARA CADA UNA DE LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES Y HAY UNA PROYECTADA PARA MARZO DE 2018.

SE HA REALIZADO UN CHECKLIST DE CUIDADOS PRE Y POST IMPLANTE QUE EMPEZÓ A USARSE EN DICIEMBRE DE 2017.

SE HA REVISADO EL PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA, AÑADIENDO AL MISMO EL CHECKLIST Y QUE SE VA A ENTREGAR ANTES DE FIN DE FEBRERO DE 2018.

SE HA ELABORADO EL PÓSTER "CUIDADOS DE ENFERMERÍA.IMPLANTE DE DAI", QUE YA APARECE EXPUESTO..

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HASTA EL MOMENTO SE HAN LLEVADO A CABO TODAS LAS ACTIVIDADES QUE SE HABÍAN PROPUESTO:
SE HAN FORMADO 25 ENFERMERAS Y TCAE,DE 26 QUE TODAVIA NO SE HABÍAN FORMADO. EN ESTA CONVOCATORIA SE INCLUYERON LAS PERSONAS DEL SERVICIO Y AQUELLAS QUE IBAN A EMPEZAR SUS CONTRATOS EN LOS SIGUIENTES DÍAS (CELEBRADO EL 14 DE JUNIO DE 2017. S2-0380/2017)

EL USO DEL CHECKLIST DE PERMITE CONOCER, ADMINISTRAR Y REGISTRAR DE FORMA SENCILLA Y CONCRETA LOS CUIDADOS PRE Y POST IMPLANTE DEL DAI. DURANTE EL MES DE ENERO SE COMPLETARON 22 CHECKLIST Y EN EL MES DE ENERO 15. QUEDANDO SÓLO UN PACIENTE POR MES SIN HABERSE INCLUIDO EN SU HISTORIA EL REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ESTA MANERA.
EL PÓSTER VA DIRIGIDO AL PERSONAL DE LA UNIDAD, PERO AL ESTAR EXPUESTO EN UNA ZONA DE TRÁNSITO DE LOS PACIENTES, LES SIRVE PARA INFORMARSE Y SABER QUE PUEDEN RESOLVER DUDAS A TRAVÉS DE ENFERMERÍA..

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE AL QUE SE LE IMPLANTA UN DESFIBRILADOR O UN MCP TRICAMERAL SE VIENEN REALIZANDO DE FORMA PROTOCOLIZADA, LO QUE PERMITE QUE LA CALIDAD DE LOS MISMOS SEA CADA VEZ MAYOR. LA AUTOFORMACIÓN ES UNA MANERA DE ESTIMULAR AL PERSONAL, TANTO AL DOCENTE COMO AL QUE ES FORMADO.
DEBEMOS CONTINUAR CON EL REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HASTA ALCANZAR EL 100%.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/566 ===== ***

Nº de registro: 0566

Título
PROTOCOLIZACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DE DESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

Autores:
MARTINEZ SIMON MARIA ESTER, SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA, PEREZ USON MARIA MILAGROS, PEDRERA ROMAN VICTORIA, SAZ OLIVAN ALEXANDRA, LAPLANA MIGUEL OLGA, MELCHOR PEREZ PATRICIA, MARTIN TELLO PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0566

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DEDESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con trastornos del ritmo y/o de la contractibilidad cardiaca.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Optimizar y estandarizar los cuidados del paciente al que se le implanta un desfibrilador o un marcapasos .Mejorar la comunicación entre los distintos profesionales involucrados en la atención a estos pacientes.

PROBLEMA
DEFICIENCIAS EN EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS NUEVAS TÉCNICAS DE IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS (D.A.I./D.A.I.SUBCUTÁNEOS Y MCP TRICAMERALES), LLEVADAS A CABO EN EL SERVICIO DE ELECTROFISIOLOGÍA, Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE REQUIEREN ESTOS PACIENTES.

AUMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO DE LA DIVERSIDAD DE DISPOSITIVOS Y EL NÚMERO DE IMPLANTES QUE SE REALIZAN EN DICHO SERVICIO.

RESULTADOS ESPERADOS
AUMENTAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES A LOS QUE SE LES IMPLANTA UN D.A.I./M.C.P. TRICAMERAL

AUMENTAR LA CALIDAD DE DICHS CUIDADOS TANTO ANTES COMO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, ASÍ COMO REALIZAR UN REGISTRO DE LOS MISMOS.

MÉTODO
REALIZACIÓN DE CURSOS DE FORMACIÓN IMPARTIDOS POR ENFERMERAS DE LA UNIDAD. AUTOFORMACIÓN.

ELABORACION DE PROTOCOLOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

ELABORACIÓN DE UN LISTA DE CONTROL (CHECKLIST) DE CUIDADOS PRE Y POST IMPLANTE.

REALIZACIÓN DE PÓSTERS Y SU EXPOSICIÓN EN LA UNIDAD.

INDICADORES
Nºde profesionales de enfermería formados

Nº de profesionales de enfermería de la unidad

*RESULTADO ESPERADO DEL 100%

Nª DE "CHECKLIST" COMPLETADOS

Nª DE IMPLANTES REALIZADOS

*RESULTADO ESPERADO DEL 100%

DURACIÓN
INICIO: OCUBRE 2016 : ACREDITACIÓN DE CURSO DE FORMACIÓN DE IMPLANTES DE ELECTROFISIOLOGÍA.
CONTINUADO: REGISTRO DE CUIDADOS A PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE DESFIBRILADOR/MARCAPASOS.
NOVIEMBRE 2016: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS REALIZADOS POR ENFERMERÍA Y PRESENTADOS EN LAS "II JORNADAS ARAGONESAS DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA" (MAYO 2016).
REVISIÓN DE PROTOCOLOS PARA SU ACTUALIZACIÓN.
REALIZACIÓN DE UN LISTADO DE CUIDADOS PRE/POST IMPLANTE PARA REGISTRO DE LOS MISMOS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0566

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DEDESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LAUNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0668

1. TÍTULO

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE JAVIER SALAZAR GONZALEZ
· 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
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS
LASALA ALASTUEY MARIA
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
CORDON RUIZ RUBEN
MARCEN MIRAVETE ANA
CALVO CEBOLLERO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

-OCTUBRE-DICIEMBRE 2016:

- SE ANALIZARON ASPECTOS MEJORABLES DEL PROGRAMA PCVIA PARA PERSONALIZAR LA INFORMACION AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO

-SE RECABO INFORMACION ENTRE LOS MEDICOS CARDIOLOGOS QUE UTILIZAN EL PROGRAMA: SE RECOGIERON ASPECTOS MEJORABLES O INFORMACION QUE FALTABA Y QUE ERA IMPORTANTE QUE CONSTARA

ENERO-MARZO 2017:

-SE CONSENSUARON LOS CAMBIOS A REALIZAR EN LOS DISTINTOS TEXTOS CON REPRESENTANTES DE TODOS LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGIA DE ZARAGOZA. SE VALORARON LAS DISTINTAS MEJORAS SUGERIDAS POR LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGIA. REUNIONES DEL GRUPO DE NUESTRO HOSPITAL Y DEL GRUPO REPRESENTANTE DE LOS DISTINTOS HOSPITALES Y SE TOMARON DECISIONES RESPECTO A LOS CAMBIOS Y MEJORAS A IMPLEMENTAR Y SE REALIZARON DICHS CAMBIOS.

ABRIL-AGOSTO 2017:

-SE DIFUNDIERON LOS CAMBIOS REALIZADOS EN EL PROGRAMA A LOS MEDICOS CARDIOLOGOS QUE LO UTILIZAN

SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2017:

-SE ANALIZÓ LA SATISFACCION CON EL PROGRAMA TANTO DE MEDICOS CARDIOLOGOS QUE UTILIZAN EL PROGRAMA COMO DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN LA INFORMACION

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-SE HA MEJORADO EL PROGRAMA, ACTUALIZANDO LOS TEXTOS TRAS LOS PRIMEROS MESES DE USO, CONSIGUIENDO UN PROGRAMA MAS PRACTICO Y CON UNA MEJOR INFORMACION INDIVIDUALIZADA PARA EL PACIENTE CORONARIO EN EL MOMENTO DEL ALTA

-SE HA INTRODUCIDO UN APARTADO DE MEDICACIÓN, QUE AYUDA A PAUTAR LA MEDICACION AL ALTA

-SE HA LOGRADO UNA BUENA DIFUSION DEL PROGRAMA ENTRE LOS MEDICOS QUE DAN ALTAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

-EN ENCUESTA REALIZADA SE HA LOGRADO UN ALTO GRADO DE SATISFACCION DE MEDICOS CARDIOLOGOS QUE UTILIZAN EL PROGRAMA
-EN ENCUESTA REALIZADA EL GRADO DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN LA INFORMACION HA SIDO ALTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA ACTIVIDAD REALIZADA HA SIDO DE GRAN UTILIDAD, Y EN ESTA SEGUNDA PARTE, DE OPTIMIZACIÓN DEL PROYECTO INICIAL, SE DEMUESTRA QUE CON LA PRACTICA SE CONSIGUEN IDENTIFICAR ASPECTOS MEJORABLES Y SE HAN PODIDO IMPLEMENTAR. EL PROYECTO SIGUE EN MARCHA EN CONJUNTO CON VARIOS HOSPITALES DE ZARAGOZA, Y SE SIGUE TRABAJANDO EN INTENTAR MEJORAR EL MISMO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/668 ===== ***

Nº de registro: 0668

Título

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0668

1. TÍTULO

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

Autores:

SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, LASALA ALASTUEY MARIA, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, CORDON RUIZ RUBEN, MARCEN MIRAVETE ANA, CALVO CEBOLLERO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La información al alta del paciente coronario respecto a género de vida, conducción, alimentación, control de factores riesgo, revisiones posteriores,.. era generalmente verbal o bien escrita pero no individualizada a las características de cada paciente. Consideramos de gran importancia el mejorar esta información y poder darla por escrito individualizada para implicar más al paciente en el cuidado de su salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir dar al alta del paciente coronario una información respecto a género de vida, conducción, alimentación, control de factores riesgo, revisiones posteriores,.. escrita individualizada a las características de cada paciente.

MÉTODO

En el año 2015-2016 se creó un grupo representativo de las unidades de Hospitalización de los Servicios de Cardiología de Zaragoza. Se consensuaron en este grupo los textos para cada aspecto de la información al alta del paciente coronario. Se consensuaron los textos durante el año 2015-2016 y se diseñó un programa informático llamado PCVIA que proporciona un texto general común a todos los pacientes: recomendaciones generales sobre dieta, controles analíticos y revisiones médicas recomendadas. Seguidamente se pueden introducir textos de acuerdo a las características individuales del paciente respecto a conducción, tabaco, dieta, pérdida de peso, actividad física, control TA y control Dm. Finalmente se obtiene un texto que es individualizado para cada paciente. Tras diseñar el programa se instaló en las unidades de hospitalización de Cardiología y se comenzó su utilización, logrando un alto nivel de satisfacción entre los cardiólogos que lo utilizan y los pacientes que reciben la información.

El objetivo actual es continuar la mejora de este proyecto:

- 1.- Recabar de cardiólogos que han utilizado el programa y de los pacientes que han recibido la información sugerencias, aspectos mejorables del mismo. Responsables: Luis Miguel Alvarez de la Fuente y María Lasala Alastuey
- 2.- Realizar reuniones del grupo interhospitalario para consensuar los cambios/mejoras en el programa. Responsable: José Javier Salazar González
- 3.- Implementar los cambios en el programa informático PCVIA. Responsable: José Javier Salazar González
- 4.- Valorar las mejoras realizadas y valorar el grado de satisfacción de los médicos cardiólogos que lo utilizan y de los pacientes que reciben la información. Responsable: Juan Carlos Porres Azpiroz

INDICADORES

- Grado de utilización del programa en el paciente al alta de un síndrome coronario: Porcentaje de pacientes en los que se utiliza el programa para dar la información de una muestra de pacientes dados de alta.
- Grado de satisfacción de los médicos cardiólogos que lo utilizan: A través de una encuesta se valorará el grado de satisfacción en: muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto.
- Grado de satisfacción de los pacientes que reciben la información: A través de una encuesta se valorará el grado de satisfacción en: muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto.

DURACIÓN

Inicio proyecto: 15/10/2016 a 15/10/2017

Calendario: Cronograma

Octubre-Diciembre 2016: Analizar posibles mejoras o nuevos aspectos a incluir en el programa informático PCVIA

Enero-Marzo 2017: Consensuar los cambios a realizar o los nuevos textos a incluir con todos los servicios de Cardiología de Zaragoza. Realizar las modificaciones en el programa informático.

Abril-agosto 2017: Difusión de los cambios realizados a la totalidad de cardiólogos de las unidades de hospitalización. Comenzar la utilización del programa con las modificaciones realizadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0668

1. TÍTULO

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

Septiembre-Octubre 2017: Analizar la satisfacción de los médicos cardiólogos que utilizan el programa y de los pacientes que reciben la información.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0940

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS

Fecha de entrada: 28/03/2018

2. RESPONSABLE NATALIA DE CASAS HERRANDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MACIAS MARIN LAURA
FURRIEL ARANDA BEGOÑA
CALVO GALIANO NAIARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza el registro de actividades en una hoja específicamente diseñada durante los meses enero-febrero-marzo del año 2018 y sigue en proceso. En ella, se ha constatado el tipo de acceso (venoso o arterial) y localización, la retirada o no del dispositivo introductor, el cierre del acceso mediante sutura o compresión manual; del mismo modo, se indica tiempo de espera necesario para la retirada de los apósitos e inicio de la movilización de las extremidades afectas. Y también se incluye en la hoja un registro de la medicación utilizada durante el procedimiento y las constantes vitales del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 95% de los registros han sido debidamente cumplimentados alcanzando nuestro objetivo y consiguiendo una buena comunicación entre los diferentes servicios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de haber obtenido un buen nivel de registros, esperamos llegar a alcanzar su totalidad, observando que su efectividad ayuda en la mejora y calidad de nuestro trabajo realizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/940 ===== ***

Nº de registro: 0940

Título
CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS

Autores:
DE CASAS HERRANDO NATALIA, MACIAS MARIN LAURA, FURRIEL ARANDA BEGOÑA, CALVO GALIANO NAIARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cardiologia, alteraciones de la conduccion
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con el crecimiento de la unidad de Electrofisiología cardiaca y la implantación de un mayor y diverso tipo de procedimientos, vemos oportuno mejorar la comunicación con el personal de enfermería responsable de nuestros pacientes en la planta. Dada la variabilidad de accesos utilizados durante las intervenciones en la sala, es preciso plasmar los utilizados en cada procedimiento en algún registro que permita un seguimiento individualizado de cada paciente. Evaluando los registros utilizados hasta el momento en la unidad se observó la necesidad de ampliar los datos que en ella se recogían puesto que a la llegada del paciente a planta podían surgir dudas que repercutían directamente en los cuidados recibidos por el paciente: tipo de acceso (arterial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0940

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS

o venoso), tiempo necesario de reposo, reinicio de la anticoagulación, presencia o no todavía de introductores... Así pues, se planteó la realización de un nuevo registro de enfermería ampliado para la mejora de la comunicación entre servicios.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera con esta propuesta una mejor comunicación entre los servicios de hospitalización y el servicio de electrofisiología cardiaca tratando de mejorar con ello la atención del paciente, su más pronta rehabilitación y acortar la estancia y gasto hospitalario.

MÉTODO

Se plantea el diseño de una hoja de registro único para las actividades intervencionistas mediante catéter llevadas a cabo en la unidad. En ella, se constatará el tipo de acceso (venoso o arterial) y localización, la retirada o no del dispositivo introductor, el cierre del acceso mediante sutura o compresión manual; del mismo modo, se indicará tiempo de espera necesario para la retirada de los apósitos e inicio de la movilización de las extremidades afectas. Estas opciones vendrán ya presentadas en la hoja de registro, de forma que el profesional encargado de rellenar la misma solo tenga que marcar los ítems necesarios, facilitando así el registro y la rápida visualización de los mismos por parte del personal que la reciba en planta. Además, en la hoja se incluirá un registro de la medicación utilizada durante el procedimiento, el reinicio de la anticoagulación oral en caso necesario y las constantes vitales del paciente a su salida de la unidad.

INDICADORES

El cuerpo de la hoja de registro se rellenará mediante la selección de ítems, se dará por satisfactorio un registro mínimo del 75% de los mismos, la evaluación del sistema se realizara al menos cada 6 meses, pudiendo al mismo tiempo replantearse nuevas opciones o indicadores a tener en cuenta para la mejora tanto del registro como de la forma de realizarse.

Al mismo tiempo, aproximadamente cada 6 meses se procederá a pasar una encuesta entre los profesionales de los servicios de hospitalización con los que se relaciona la unidad, de forma anónima, para valorar desde su perspectiva la utilidad de los registros y las posibilidades de mejora.

DURACIÓN

Se trata de un proyecto a largo plazo con el que se pretende unificar lenguajes y criterios que mejoren la relación entre unidades y una mejor y mayor continuidad de los cuidados de enfermería buscando como objetivo final una mejor calidad de estos.

En diciembre de 2016 se realizaran charlas informativas en la unidad y en los servicios relacionados para presentar la hoja y la forma de complementarla, abriendo a su vez un periodo de sugerencias para posibles modificaciones.

Desde enero de 2017 se procederá a la implantación definitiva de la hoja de registro.

En junio de 2017 se procederá a la primera ronda de evaluación, revisando las historias de los pacientes intervenidos en el primer semestre del año, contabilizando los ítems que se rellenaron en cada intervención, y haciendo llegar a las plantas de hospitalización relacionadas las encuestas de evaluación para conocer el nivel de satisfacción de los compañeros.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0945

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA MACIAS MARIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE CASAS HERRANDO NATALIA
FURRIEL ARANDA BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se desarrolló una hoja preformada en la que además de la identificación del paciente se encontraban 17 ítems (si/no/no procede) que comprobar previos al desarrollo de la actividad de la sala, asegurando así un mejor desarrollo y control de la misma. Se realizó una reunión con el equipo de enfermería de la unidad en la cual se expuso la existencia de la misma y su finalidad, estando el 100% de la plantilla conforme se dio lugar al inicio de la actividad. El único material necesario para llevar a cabo el proyecto fue la elaboración de la ya comentada hoja de registro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para evaluar el alcance e impacto del proyecto se llevó a cabo una revisión de historias de los pacientes intervenidos en la unidad en un mes seleccionado al azar (noviembre); en dicha revisión se evalúa la cumplimentación o no de la hoja y el nivel de cumplimentación de la misma. Se comprobó la presencia de la hoja en el 85% de las historias con el 100% de los ítems identificados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Reunido el equipo se valora positivamente la actividad considerándose una mejora en la calidad de los cuidados y un mejor sistema de control. Vista la viabilidad del proyecto, fácil desarrollo y buena aceptación por parte de la unidad consideramos continuar con el mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/945 ===== ***

Nº de registro: 0945

Título
IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

Autores:
MACIAS MARIN LAURA, DE CASAS HERRANDO NATALIA, FURRIEL ARANDA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cardiologia. arritmias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: seguridad clinica

PROBLEMA

Dado el crecimiento que experimenta la unidad, así como el aumento de personal y demanda asistencial, y la aparición de nuevas técnicas hacen que se llegue a plantear la necesidad de una reorganización y distribución del trabajo. Por ello, se plantea la necesidad de instaurar una secuencia de pasos a seguir desde el momento de la llegada del paciente a la unidad hasta el inicio mismo de la intervención, quedando registrado además por escrito cada uno de estos pasos.

Se pretende con este proyecto asegurar la seguridad del paciente en cada momento, así como evitar duplicar el trabajo y sobrecargar al personal de la unidad quedando constancia de que los pasos han sido llevados a cabo. Además, con esto, quedaría reflejado el papel del equipo de enfermería en la unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0945

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

queremos, de este modo contribuir al cumplimiento de uno de los objetivos prioritarios de los sistemas sanitarios, que es la prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria ya que existen evidencias científicas que certifican que la implantación de listas de verificación de este tipo disminuyen los efectos adversos en el entorno quirúrgico.

En este proceso se ven implicados todos los miembros del equipo asistencial de la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos poder realizar un cuidado coordinado y ordenado al paciente a su llegada a la unidad de electrofisiología cardiaca, estableciendo así un protocolo de actuación previo a la intervención. Con esto y la distribución ordenada de tareas en la sala por parte de los profesionales, se pretende una mejora de la calidad asistencial al paciente y un considerable ahorro de tiempo al evitar duplicar tanto información como trabajo, asegurándonos al mismo tiempo de que todas los preparativos han sido correctamente realizados no quedando tampoco ningún dato sin contrastar, favoreciendo la organización del trabajo en la unidad sin sobrecargarla al llevar asociado una sistematización de los procedimientos.

MÉTODO

Se pretende el diseño de una hoja preformada con una serie de ítems a valorar referentes tanto a la preparación de la sala de intervención como a la preparación del paciente y sus diferencias personales. En ella, se registran 19 ítems que abarcan desde la llegada del paciente a la unidad (correcta identificación, registro, comprobación de alergias...) a la preparación de la sala y material necesarios para la intervención.

INDICADORES

La evaluación de la correcta implantación de la lista de verificación se llevara a cabo mediante el conteo de los ítems contestados o no en cada procedimiento. Se pretende que estén contestados al menos el 75% de los ítems, se realizara una evaluación periódica cada 6 meses del número de ítems recogidos en cada formulario, con ello, valoramos la implicación del personal en el proceso y la validez del mismo; cada vez que se proceda a esta evaluación se abrirá también un periodo de reflexión de una semana en el que se podrán aportar nuevos ítems que se consideren relevantes o modificar aquellos que carezcan de validez.

DURACIÓN

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 se prevee para principios del año 2017, dejando el mes de diciembre para la resolución de dudas y posibles modificaciones antes de la puesta en marcha definitiva.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1042

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE ENRIQUE CASTILLO LUEÑA
· 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
LOPEZ PERALES CARLOS
LOPEZ SAMITIER ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisar los protocolos de realización de dichas pruebas diagnósticas aconsejados por las diferentes sociedades científicas

Establecer un sistema de checklist que permita una adecuada identificación de los pacientes aptos para realizar estas pruebas, asegurando que han sido previamente informados y que cumplen todos los criterios para la realización de éstas.

Utilización y valoración del sistema checklist

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Implantación de un sistema de checklist en la realización de ecocardiograma de estrés farmacológico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sistema sencillo para aumentar la seguridad clínica y evitar errores, aunque alarga ligeramente la duración de las pruebas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1042 ===== ***

Nº de registro: 1042

Título
IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO

Autores:
CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE, MORENO ESTEBAN EVA MARIA, LOPEZ PERALES CARLOS, LOPEZ SAMITIER ELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Miguel Servet realiza actualmente un número muy elevado de pruebas de detección de isquemia mediante ecocardiografía de estrés farmacológico.

La utilización de los diferentes fármacos para la realización de las pruebas de detección de isquemia pueden producir efectos adversos en el paciente en el que se realizan dichas pruebas, existiendo indicaciones y contraindicaciones claras para el empleo de éstos.

Creemos que estableciendo un checklist previo a la realización de la prueba hará más difícil el incluir pacientes en los que la prueba no este indicada o incluso que pudiera estar contraindicada, mejorando así la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1042

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO

seguridad clínica en la utilización de estos recursos diagnósticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la seguridad clínica en la utilización de las pruebas diagnósticas de detección de isquemia cardiaca.

MÉTODO

Revisar los protocolos de realización de dichas pruebas diagnósticas aconsejados por las diferentes sociedades científicas (española, europea y americana), y basándonos en ellos, establecer un sistema de checklist que permita una adecuada identificación de los pacientes aptos para realizar estas pruebas, asegurando que han sido previamente informados y que cumplen todos los criterios para la realización de éstas.

INDICADORES

1. Consentimiento informado: el 100% de las pruebas realizadas deberán tenerlo.

2. Checklist: el 100% de las pruebas no deberán tener contraindicaciones absolutas.

3. Checklist: se deberá anotar las pruebas en las que haya contraindicaciones relativas y el motivo por el que se ha realizado finalmente la prueba en estos casos.

DURACIÓN

Inicio: Diciembre 2016-Enero 2017

Fin: Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1494

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA MATAMALA ADELL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FAÑANAS MASTRAL JAVIER
FRESNEDA ROLDAN JESUS CARLOS
SORRIBAS BERJON FERNANDO
VALLEJO GIL JOSE MARIA
VAZQUEZ SANCHO MANUEL
BALLESTER CUENCA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha optimizado la profilaxis antibiótica preoperatoria en cirugía cardiovascular y también la erradicación de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) y sensible a meticilina (SAMS).

El cribado preoperatorio para SARM y SAMS al menos dos días antes de la cirugía y preferiblemente no más allá más del mes previo a la intervención (frotis nasofaríngeo y perianal).

Administración de mupirocina preoperatoria para pacientes por pruebas microbiológicas positivas (SARM y SAMS) y en aquellos pacientes en los que no se disponga de cribado.

En cuanto a la profilaxis antibiótica, en el caso de colonización por SARM o pacientes ingresados o frotis no disponible: la profilaxis antibiótica será con cefazolina + teicoplanina. En el resto de pacientes se hará con cefazolina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han analizado los datos de los pacientes intervenidos entre el 1 de septiembre de 2017 y el 31 de septiembre de 2017. En total 42 pacientes intervenidos de cirugía programada y en el ingreso. Se han excluido pacientes que precisaron cirugía emergente. La media de edad de los pacientes intervenidos fue de 69 años (entre 23 y 84 años).

El frotis nasal estuvo disponible previo a cirugía en 41 pacientes (97%). En 10 pacientes (23%) habían transcurrido más de dos meses. Todos estos pacientes habían presentado frotis negativo para SARM y/o SAMS. Hubo sólo un paciente en el que no se había realizado al cual se le realizó el día de la intervención.

Con respecto a los resultados obtenidos la mayoría de frotis fueron negativos, dos positivos a SAMS y dos positivos a E.Coli BLEE.

En 14 (33%) pacientes la profilaxis se realizó con cefazolina + teicoplanina y en el resto de pacientes con cefazolina sola. En los dos pacientes que habían sido SAMS positivos la profilaxis antibiótica se realizó de manera adecuada con cefazolina + teicoplanina. El resto de pacientes en los que se realizó esta profilaxis fueron pacientes en los que fue necesaria cirugía en el ingreso.

No hubo infecciones de herida quirúrgica en los pacientes intervenidos, si bien dos pacientes presentaron bacteriemia, en ambos casos el germen encontrado fue S. epidermidis.

Con respecto a los indicadores propuestos:

Proporción de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca electiva a los que se les realiza con tiempo suficiente el cribado de S. aureus : 41/42= 97%

Proporción de profilaxis antibiótica correcta 42/42 = 100% es decir mayor del 80% que era lo que nos habíamos propuesto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La descolonización preoperatoria de SARM y SAMS es eficaz así como una adecuada profilaxis antibiótica frente a los mismos.

Este proyecto ha sido útil para mejorar la atención de los pacientes y disminuir la tasa de infección de herida quirúrgica. Por tanto debemos continuar con las mejoras introducidas.

7. OBSERVACIONES.

Aunque los resultados obtenidos son satisfactorios, en 10 pacientes el tiempo transcurrido desde que se realizó el cribado mediante frotis nasal y la cirugía ha sido superior a dos meses. Esto último se debe a que se trata de pacientes intervenidos de lista de espera en los cuales hay una dificultad para coordinar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1494

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

tiempo desde que se les pide el preoperatorio hasta que son programados para intervenir.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1494 ===== ***

Nº de registro: 1494

Título
OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Autores:
MATAMALA ADELL MARTA, FAÑANAS MASTRAL JAVIER, FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS, SORRIBAS BERJON FERNANDO, VALLEJO GIL JOSE MARIA, VAZQUEZ SANCHO MANUEL, BALLESTER CUENCA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones nosocomiales representan un importante problema en cuanto a morbilidad, mortalidad y aumento de costes en cirugía cardiovascular. La incidencia de infección esternotomía superficial es de un 2.6 % con una mortalidad del 5%. En el caso de la mediastinitis la incidencia oscila entre un 0,25 a un 4%, sin embargo, la mortalidad es de un 7 a un 20%.
El principal patógeno es Staphylococcus aureus coagulasa negativo. El 80% de infecciones por S. aureus provienen de un origen endógeno (portadores).
Para reducir la tasa de infecciones es importante realizar una correcta erradicación de S. aureus en fosas nasales y además adecuar la profilaxis antibiótica.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar la profilaxis antibiótica y erradicación de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) y sensible a meticilina (SAMS) de la siguiente manera:

- Cribado preoperatorio para SAMR y SAMS. Al menos dos días antes de la cirugía y no más allá más del mes previo a la intervención.
- Administración de mupirocina preoperatoria para pacientes por pruebas microbiológicas positivas (SARM y SAMS) y en aquellos pacientes en los que no se disponga de cribado.

La profilaxis antibiótica también se modifica:

- Colonización por SARM: la profilaxis antibiótica será con cefazolina + teicoplanina. Se prefiere el uso de teicoplanina frente a vancomicina, ya que esto favorece el cumplimiento adecuado, el tiempo de infusión es más corto y presenta menos efectos adversos.
- Otros objetivos derivados: disminución de las infecciones postoperatorias, disminución de morbimortalidad, reducción de costes

MÉTODO
Se espera con esta nueva pauta de profilaxis conseguir una disminución de la tasa de infecciones, especialmente aquellas por SARM. Se mejorará la profilaxis antibiótica así como la erradicación de SARM que ya se venía realizando, individualizándola según el paciente sea o no portador de SARM y según riesgos:

- o 3 días hospitalizados
- o Traslados de otros hospitales
- o Tratamientos antibióticos recientes
- o Alta incidencia de SARM
- o Empleo de prótesis o implantes intravasculares

De esta manera la profilaxis antibiótica a realizar quedará de la siguiente manera:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1494

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

- En pacientes no portadores de SARM en frotis: CEFAZOLINA
- Pacientes alérgicos a betalactámicos: TEICOPLANINA + GENTAMICINA
- Pacientes SARM positivos o aquellos que se desconozca el SARM y tengan uno ó más factores de riesgo:
CEFAZOLINA + TEICOPLANINA
- SARM positivos + alergia a betalactámicos: GENTAMICINA + TEICOPLANINA

Dosis:

- 1) CEFAZOLINA: 2g (30-60' antes de la incisión)
2ª dosis intraoperatoria: 2g a las 4h
Postoperatorio: 1g/8h durante 48h
- 2) TEICOPLANINA: 600mg (30-60' antes de la incisión)
2ª dosis: 400mg a las 12h
- 3) GENTAMICINA: 4mg/kg (30-60' antes de la incisión)
- No requiere re-dosificación

Para ello se realizarán sesiones informativas de los servicios implicados: cirugía cardiovascular y anestesia, así como con la enfermería de planta, acogida de quirófano y quirófanos de cirugía cardiovascular para divulgar los nuevos cambios en las pautas

INDICADORES

Indicadores de monitorización:

- Proporción de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca electiva a los que se les realiza con tiempo suficiente el cribado de Staphylococcus aureus. Deberá estar por encima del 80%.
- Proporción de profilaxis antibiótica adecuada > 80 %.

DURACIÓN

La duración del proyecto inicial de 6 meses. Una vez transcurridos, se analizarán los resultados obtenidos para reevaluar y valorar posibles modificaciones. La fecha de comienzo es el uno de abril de 2017. finalización y reevaluación el 30 de septiembre de 2017.

OBSERVACIONES

corrección proyecto 1426 (ya enviado)

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0387

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION MARTINEZ CASAMAYOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ FALO CONCEPCION
OTO PUYUELO IRENE
ANDRES GOMEZ NOELIA
SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se diseñó un procedimiento normalizado de trabajo con un cronograma que incluía una fase de preparación, fase de aprobación y fase de evaluación.
Se diseñó la composición del grupo de apoyo con un número máximo de 8 pacientes ostomizados, un estomoterapeuta y un profesional de apoyo (psicólogo, nutricionista, trabajador social).
La segunda fase se completó con la presentación y aceptación del proyecto a la Dirección de Enfermería del HUMS.
Se contactó con varios pacientes ostomizados a partir de las Consultas Externas de Estomaterapia y mediante la elaboración de un cartel informativo sobre la creación de dicho Grupo, en el que se animaba a la participación voluntaria de todos aquellos pacientes ostomizados y familiares de ostomizados, interesados en asistir a las sesiones del Grupo de Apoyo.
Se realizaron 4 sesiones programadas el tercer martes de los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2017 de 16,30 a 17,10h.
En cada una de las sesiones se abordaron diferentes temas por profesionales, durante 10 minutos como inicio y para facilitar un clima de participación interactiva. Pacientes ostomizados de larga evolución aportaron su autoconocimiento y experiencia facilitando la creación de un entorno de confianza con los pacientes ostomizados nuevos, desde una óptica diferente a los profesionales.
En todo momento se proporcionó apoyo por parte de las enfermeras expertas en estomaterapia que actuaron como dinamizadoras del Grupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En relación a las sesiones propuestas en el Proyecto, el cumplimiento resultó de un 100%. Se desarrollaron la totalidad de ellas, en los plazos planteados en el cronograma.
El indicador de resultados (Mejora de la satisfacción de los pacientes ostomizados asistentes al Grupo de Apoyo), se midió a partir de los resultados obtenidos de la encuesta elaborada a tal efecto, que se cumplimentó de forma anónima por cada uno de los asistentes a las sesiones. La encuesta planteaba 4 preguntas dicotómicas SI/NO, cuyos resultados se muestran a continuación.

1- Considera que para usted y/o su familia ha resultado enriquecedora la sesión a la que ha asistido? Qué aspecto le resultó más interesante?

1ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
2ª SESION 5 SI/ 5 asistentes
3ª SESION 4 SI/ 4 asistentes
4ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
Total: 21 SI / 21 asistentes 100% afirmativa.

2- Considera que el intercambio de 3 vivencias que facilita el Grupo de Apoyo ha influido positivamente en su estado de ánimo?

1ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
2ª SESION 5 SI/ 5 asistentes
3ª SESION 4 SI/ 4 asistentes
4ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
Total: 21 SI / 21 asistentes 100% afirmativa.

3- Durante la sesión de Grupo ¿Tuvo la oportunidad de hacer preguntas y aclarar dudas?

1ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
2ª SESION 5 SI/ 5 asistentes
3ª SESION 4 SI/ 4 asistentes
4ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
Total: 21 SI / 21 asistentes 100% afirmativa.

4- Considera interesante seguir asistiendo a sesiones del Grupo de Apoyo?

1ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
2ª SESION 5 SI/ 5 asistentes
3ª SESION 4 SI/ 4 asistentes
4ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
Total: 21 SI / 21 asistentes 100% afirmativa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0387

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos a partir de las encuestas de satisfacción, recogiendo las impresiones intercambiadas en el desarrollo de las sesiones y el interés demostrado por los participantes, se podría concluir que efectivamente resultaría de gran interés facilitar apoyo logístico desde las instituciones para la continuidad de la iniciativa que recoge el proyecto de mejora.
Sería un objetivo de mejora la creación de un espacio de contacto y discusión donde pacientes ostomizados de larga evolución y nuevos ostomizados puedan desarrollar un "aprendizaje del otro con el otro" que favorezca el autoconocimiento y contribuya a aumentar la calidad de la atención prestada a éste colectivo y en definitiva a mejorar su calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/387 ===== ***

Nº de registro: 0387

Título
PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
MARTINEZ CASAMAYOR MARIA CONCEPCION, RUIZ FALO CONCEPCION, OTO PUYUELO IRENE, ANDRES GOMEZ NOELIA, SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La consulta de estomaterapia del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) pertenece al Sector Sanitario II. Su población diana es la correspondiente a los centros de atención sanitaria primaria y especializada del Área II.
En colaboración con las Unidades de Hospitalización Quirúrgica se ha trabajado planificando la continuidad de cuidados de los pacientes portadores de una ostomía.
En marzo de 2015, dentro del marco de los Proyectos de Mejora que anualmente convoca el Servicio Aragonés de SALUD se propuso proporcionar soporte al seguimiento de dichos pacientes desde Hospitalización hasta la consulta de estomaterapia, mediante la elaboración de una hoja de continuidad de cuidados. Se estableció un circuito que permite registrar y transmitir la evolución del paciente durante la hospitalización a la enfermera experta.
En el mismo año y desde la consulta de estomaterapia, se realizó un estudio de investigación con el objetivo de identificar un posible perfil de persona ostomizada con mayor tendencia a desarrollar episodios de ansiedad y/o depresión, para prever una captación precoz y poder así realizar una atención enfermera temprana.
El análisis de los datos informaba que el marcaje previo del estoma, la situación laboral activa y el contacto con otras personas ostomizadas eran factores influyentes.
Las conclusiones del estudio nos llevaron a plantear que un factor protector importante, tanto para la ansiedad como para la depresión era el contacto con otras personas ostomizadas.
Dichas conclusiones y el objetivo de proporcionar continuidad, mejorando la calidad de los cuidados ofertados a los pacientes ostomizados de nuestra área de influencia, nos ha llevado a que es posible abordar este problema desde el ámbito de la enfermería, facilitando un espacio de contacto y discusión dentro de las consultas, donde las personas ostomizadas y sus cuidadores, puedan interrelacionarse y resolver dudas.
Por todo ello, nos planteamos la necesidad de facilitar la creación de Grupos de Apoyo para pacientes ostomizados coordinados por personal experto desde la consulta de estomaterapia del HUMS.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes ostomizados de nuestra área de influencia previniendo episodios de ansiedad y depresión, y facilitando continuidad de cuidados mediante Grupos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0387

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Apoyo.
Facilitar un espacio de contacto y discusión dentro de las consultas, donde las personas ostomizadas y sus cuidadores, puedan interrelacionarse y resolver dudas

MÉTODO
Se prevé diseñar un procedimiento normalizado de trabajo con un cronograma que incluya varias fases:

- 1- Fase de preparación
 - Diseño de la composición del Grupo de Apoyo. Pacientes y equipo multidisciplinar.
 - Contactar con pacientes ostomizados que colaboren en un "aprendizaje del otro y con el otro", aportando su autoconocimiento y experiencia, desde una óptica diferente a los profesionales y familia.
 - Número de sesiones y periodicidad. 4 sesiones programadas el tercer martes de los meses de enero, febrero, marzo y abril del 2017 de 16,30 a 17,10 horas, con un máximo de 8 pacientes recientemente ostomizados.
 - Definición de propuestas de ayuda (Temas/sesión) a los pacientes ostomizados.
 - . Acompañar en la aceptación de la nueva situación entre otros pacientes ostomizados.
 - . Problemas de manejo del estoma en aspectos específicos de la vida diaria.
 - . Existencia de afectación psicológica, en su relación familiar, ambiente laboral o en su vida social.
 - . Resolución de dudas en el diseño de dietas adecuadas.
 - . Orientación cuando es precisa una reubicación laboral

Los temas abordados por profesionales durante 10 minutos iniciarán las sesiones facilitando un clima de participación interactiva entre "nuevos" y "antiguos" ostomizados, y profesionales en las sesiones. La enfermera experta será la encargada de dinamizar las sesiones, promoviendo preguntas y estimulando la participación de los asistentes a la sesión del Grupo de Apoyo.

- 2- Fase de aprobación
Presentación a la Dirección de Enfermería del proyecto para su aprobación y apoyo.
- 3- Fase de difusión.
 - Publicitar la creación y actividades programadas del Grupo de Apoyo en Atención Primaria y Especializada.
- 4- Fase de evaluación.
 - Evaluación indicadores de proceso. Grado de cumplimiento de las sesiones propuestas del Grupo de Apoyo.
 - Evaluación de indicadores de resultados. Medición, mediante valoración positiva/negativa anónima del grado de satisfacción de los pacientes ostomizados asistentes al Grupo de Apoyo.

INDICADORES

INDICADORES DE PROCESO.

- Número de sesiones del Grupo de Apoyo realizadas en relación a la programación de sesiones propuestas.

- INDICADORES DE RESULTADOS. Mejora del grado de satisfacción de los pacientes ostomizados asistentes al Grupo de Apoyo

DURACIÓN

- Inicio Septiembre 2016.
- Evaluación final y memoria Abril 2017.
- FASE PREPARACIÓN: Septiembre-noviembre 2016.
- FASE APROBACION: Diciembre 2016.
- FASE DIFUSION: Diciembre 2016- marzo 2017
- FASE EVALUACION Y MEMORIA: Abril 2016
- MEDIDAS CORRECTORAS PROBLEMAS DETECTADOS: Abril 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0594

1. TÍTULO

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE DIANA MODREGO IRANZO
· Profesión ENFERMERO/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 CHUECA MARIA PILAR
COARASA PINA SUSANA
VALLEJO LANA MERCEDES
ALLUE URZAIZ JAVIER
CAMPILLOS CARBONELL IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos dividido el trabajo realizando primero el referente a la intervención de Colecistectomía, ya que se realiza en mayor número de pacientes en nuestra unidad, es una intervención más sencilla y se van de alta con menos días de evolución. Tenemos hecho el tríptico y cuenta con el visto bueno de Nutrición, representado por el enfermera María Teresa Bimbela, y de Cirugía, por parte del Dr. Serrablo. Estamos a la espera de que el Hospital nos devuelva el tríptico con formato institucionalizado para comenzar a repartirlo. Tenemos ya hecha la plantilla de dudas y la ampliación del tríptico que permanecerá en la planta para resolver las posibles dudas planteadas por los pacientes.

Respecto al tríptico de Hepatectomía, estamos acabando de seleccionar que consideramos que es más importante que salga en el tríptico, tenemos ya la bibliografía buscada, por lo que tenemos la información amplia para poder resolver a las dudas que nos planteen los pacientes. La plantilla de dudas es común a la de dieta de Colecistectomía, por lo que también está hecha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El trabajo de Colecistectomía está en fase de adecuación al estilo de los trípticos del Hospital y se espera comenzar su reparto y evaluación posterior próximamente, y el de Hepatectomía está en fase de realización, se espera entregar al hospital a final de abril. Esto es debido a que los miembros del equipo somos interinos o contratados, por las cercanas Oposiciones esta parado, por eso la fecha de entrega será la arriba indicada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Vamos retrasados en nuestros objetivos, ya que con el cambio de responsabilidad de los proyectos, de planta física de la Unidad, de Supervisión y de plantilla, se perdió información, por lo que comenzamos con la realización del mismo más tarde de lo indicado. Así mismo, todos somos personal contratado o interino y estudiar una Oposición lleva mucho esfuerzo a la par que trabajamos y tenemos vida familiar, lo que ha influido en que los plazos se alargaran nuevamente.

Hemos contado con la total colaboración de Nutrición y de Cirugía, quienes nos apoyan en la idea, ya que es muy frecuente que les pregunten dudas sobre el tema que se resolverá con los trípticos.

7. OBSERVACIONES.

Debido a los cambios de plantilla, y a los distintos intereses personales de cara a la continuación del proyecto se modifican los miembros del grupo.

La responsable de Calidad del Hospital, ya es concededora y aprueba el cambio.

El nuevo equipo está formado por:

- MODREGO IRANZO, DIANA, como responsable.
- y como colaboradores
- ALFARO MELERO, ELENA
- ALLUE URZAIZ, JAVIER.
- CAMPILLOS CARBONELL, IRENE.
- COARASA PINA, SUSANA.
- DÍAZ DE CERIO, IDOIA
- FUENTES VIÑUALES, ROBERTO
- MARTINEZ CHUECA, MARIA PILAR.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/594 ===== ***

Nº de registro: 0594

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0594

1. TÍTULO

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

Autores:

MODREGO IRANZO DIANA, MARTINEZ CHUECA MARIA PILAR, COARASA PINA SUSANA, VALLEJO LANA MERCEDES, ALLUE URZAIZ JAVIER, CAMPILLOS CARBONELL IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Cirugías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes sometidos a una colecistectomía por laparoscopia son dados de alta en las 24-48 horas siguientes al procedimiento. En ese tiempo el personal de enfermería es incapaz de facilitarles los datos necesarios para una correcta alimentación una vez que lleguen a casa. Los pacientes nos preguntan qué alimentos pueden comer, como cocinarlos y como evolucionar en el tiempo el tipo de dieta. Es necesario un proceso estandarizado para asegurar que todos estos pacientes reciban toda la información necesaria antes del alta.

Los pacientes operados de una resección hepática tardan más tiempo en ser dados de alta. Estos pacientes a veces comienzan con nutrición parenteral y son dados de alta tomando dietas blandas o semi blandas. La recuperación es larga y los pacientes desconocen cómo introducir los alimentos poco a poco para favorecer su digestión. El proceso es individual, pero unas pautas generales facilitarían como afrontar un postoperatorio tan complejo de forma domiciliaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Los pacientes se irán a casa conjunto con el alta con la información necesaria sobre la evolución de la dieta. Asimismo se les entregará un número de teléfono directo para que puedan consultar aquellas dudas que tengan. Según la autonomía del paciente, la información se facilitará a su cuidador principal.

MÉTODO

Se realizará un papel informativo, a modo de tríptico, en el cual se divida por tiempo que alimentos deben tomar y qué manera cocinarlos. Se remarcará que los tiempos son orientativos y que cada persona se adapta de forma diferente, que no debe preocuparse si no cumple los plazos. Es un tríptico informativo, no una sucesión de objetivos a conseguir.

El personal de enfermería valorará en qué momento debe dar el tríptico, indicar que lo lea y estar dispuesto a resolver dudas. Este material se facilitará al menos 24 horas antes de que el paciente sea dado de alta. El personal auxiliar de enfermería, encargado de entregarles las dietas a los pacientes, estará entrenado para contestar a cualquier tipo de pregunta en esta materia.

Se facilitará el teléfono directo de la planta. Una versión extendida del tríptico tendrá un lugar fijo para que ante una duda telefónica cualquier personal de la planta sea capaz de contestar al paciente.

INDICADORES

Registro de dudas sobre una plantilla. El personal auxiliar de enfermería se encargará de registrar sobre una plantilla hecha por el personal encargado de este estudio las dudas que los pacientes nos formulan respecto al tríptico. El objetivo será analizar las carencias que los usuarios descubren para poder mejorarlas y facilitar así su comprensión.

Existirá una plantilla junto a la versión extendida del tríptico en la planta de cirugía hepatobiliar para apuntar allí las cuestiones que los pacientes nos realizan de forma telefónica.

Reunión con otros profesionales conocedores de este tema para añadir/modificar/borrar la información del tríptico que consideren necesaria.

DURACIÓN

Octubre 2016-diciembre 2016. Preparación del tríptico por parte del personal encargado del proyecto. Preparación de la plantilla de dudas formuladas por los pacientes.

Enero 2017-marzo 2017. Entrega sistemática del material a todo paciente ingresado en la tercera planta del edificio de traumatología (Cirugía Hepatobiliar) y registro de las dudas que los pacientes nos muestren en una plantilla.

Abril 2017. Reunión del personal encargado de este proyecto para añadir, modificar o borrar información del tríptico en base a las dudas formuladas por los pacientes.

Mayo 2017. Reunión del personal encargado de este proyecto con el personal de medicina (Cirugía Hepatobiliar) y nutrición (HUMS) para finalizar los últimos retoques del tríptico. En caso de que el material haya sufrido muchas modificaciones, volveremos a repetir en los meses siguientes (junio-septiembre 2017) el registro de dudas sobre la plantilla.

Junio 2017-en adelante. Entrega del tríptico a todo paciente sometido las dichas intervenciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0594

1. TÍTULO

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

OBSERVACIONES

El trabajo descrito se va realizar de forma independiente sobre los pacientes sometidos a colecistectomía y en los pacientes sometidos a segmentomías hepáticas. Por tanto son dos trabajos que se van a realizar a la par en el tiempo, con el mismo personal, pero de forma independiente.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 1 Nada
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 1 Nada
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1729

1. TÍTULO

COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE

Fecha de entrada: 26/04/2018

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
PANTILIE BIANCA
LOBERA MOLINA FERNANDO
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES
LOGOSA PEREZ ISABEL
MIGUEL ROMEO MARIA CARMEN
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha procedido a la realización de ferulización semirrígida con composite a todos aquellos pacientes que han presentado luxación o avulsión dentaria tras traumatismo. Su realización se ha realizado tanto en el hospital infantil como en el hospital general.
Se ha realizado la actividad durante todo el año, se ha disminuido el número de revisiones postferulización, comparado con años previos, así como el de intervenciones para retirada de material clásico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido el proyecto en el 100% de los pacientes con trauma dental, lo que ha repercutido positivamente en la disminución del número de consultas sucesivas y en la disminución de la ocupación quirúrgica, tanto en la colocación como en la retirada, pudiéndose realizar sin necesidad de utilizar anestesia general.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El nuevo método es más cómodo, económico y fácil, así como menos traumático para el paciente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1729 ===== ***

Nº de registro: 1729

Título
COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, PANTILIE BIANCA, LOBERA MOLINA FERNANDO, RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES, LOGOSA PEREZ ISABEL, MIGUEL ROMEO MARIA DEL CARMEN, AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1.-El sistema de ferulización tradicional rígida utilizada hasta el momento es en determinadas patologías como la avulsión dentaria, un sobretratamiento que puede producir secuelas permanentes no deseadas (anquilosis, daño dentario, daño gingival).

2.- En numerosas ocasiones, sobretodo en Urgencias del Hospital Infantil, para una ferulización rígida es necesaria una anestesia general (y otra para su retirada), debido a lo molesto del procedimiento. Con la realización de una ferulización semirrígida de composite, la molestia del procedimiento se minimiza considerablemente, pudiendo resolverse mayoritariamente bajo anestesia local, quedando reservada la anestesia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1729

1. TÍTULO

COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE

general para pacientes no colaboradores (edad o antecedentes) o que precisen por fractura alveolodentaria ferulización rígida.

3.- El paciente portador de ferulización rígida debe ser reevaluado en consulta externa, y debe acudir una vez más a un quirófano de locales o de anestesia general para ser retirada. La ferulización semirrígida es valorada por Odontólogos y retirada por los mismos, con menor secuela permanente indeseada.

4.- El sistema de ferulización rígido es más engorroso de portar, precisa de mayor cantidad de material esterilizable y por tanto limita en ocasiones el medio en el que puede realizarse. El nuevo sistema de ferulización semirrígida de composite es portable y más cómodo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. INICIO DE USO DE SISTEMA SEMIRRÍGIDO DE FERULIZACIÓN CON COMPOSITE
2. DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE BAJO ANESTESIA GENERAL PARA REALIZACIÓN DE FERULIZACIÓN
3. DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS EXTERNAS A LAS QUE DEBE ACUDIR EL PACIENTE
4. PORTABILIDAD DEL SISTEMA DE FERULIZACIÓN

MÉTODO

OFERTA DE SERVICIOS PROPUESTA Ferulización semirrígida con composite para tratamiento de traumatismos bucodentarios

Se prepara el material para la realización de ferulización semirrígida.

Se procederá a su colocación en dispositivo portable.

Se procederá a la información del Servicio del nuevo sistema a implantar

Se procederá a las sesiones clínicas pertinentes dirigidas a conocer:

- Indicación y contraindicación de la ferulización semirrígida
- Materiales a utilizar
- Secuencia del uso del composite
- Técnica de ferulización semirrígida

INDICADORES

Se procederá a la valoración de las citas indicadas a pacientes ferulizados, observándose su disminución.

Se procederá a la valoración de los pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general para colocación o retirada de férula y se comparará con años previos.

DURACIÓN

La fecha de cronograma de inicio prevista es 2017 y se pretende su implantación futura sin límite de fecha.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1730

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS DE LA LINEA DE MEJORA DE 2016)

Fecha de entrada: 26/04/2018

2. RESPONSABLE TANIA RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ
· 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.

PANTILIE BIANCA
LOBERA MOLINA FERNANDO
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES
LOGOSA PEREZ ISABEL
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de documento individual para cada paciente donde viene reflejado los antecedentes, evolución, tratamientos previos, escalas de clasificación y escala visual zonal, junto con nuestra propuesta de tratamiento y la especificación del tratamiento recibido el día de la visita.
Se establece un documento al cuál pueden acceder todos los especialistas que tratan de forma multidisciplinar esta patología, además se les entrega a los pacientes una copia de dicho informe, de manera que también puedan ser consultados por especialistas ajenos a nuestra área de salud. En dicho informe se detalla el tratamiento propuesto y recibido, junto con las dosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se incluye en el estudio al 100 % de los pacientes derivados a nuestra consulta de parálisis facial, si se considera que son susceptibles de mejoría, consiguiendo consenso en su tratamiento con otras especialidades. Como indicadores tenemos el acceso vía intranet a todos los informes y el índice de satisfacción del personal médico y de los pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ofrece a pacientes con importantes limitaciones estéticas y funcionales un seguimiento y tratamiento adecuado, del que se carecía previamente.
Como aspectos a mejorar podría ser intentar tener más divulgación de la Unidad dentro del sistema aragonés de Salud, fuera del Sector II

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1730 ===== ***

Nº de registro: 1730

Título
ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL(AMPLIACION OBJETIVOS LINEA MEJORA 2016)

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, PANTILIE BIANCA, LOBERA MOLINA FERNANDO, RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES, LOGOSA PEREZ ISABEL, MIGUEL ROMEO MARIA DEL CARMEN, AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1.-El tratamiento multidisciplinar y las distintas corrientes filosóficas en el tratamiento de los pacientes con parálisis facial, hace que en ocasiones los diversos especialistas que realizamos tratamiento de esta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1730

1. TÍTULO

ATENCIÓN A PACIENTES DE PARÁLISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS DE LA LINEA DE MEJORA DE 2016)

enfermedad incurramos en diferencias de opinión, criterios opuestos o usos depuestos de técnicas, que pueden confundir y/o desorientar al paciente. Por ello adquirimos el compromiso de organizar una jornada extrahospitalaria en la que con formato "foro abierto" podamos discutir las líneas de tratamiento interdisciplinar. Se perseguirá que fruto de esta reunión consigamos formar un grupo interdisciplinar con compromiso para el tratamiento de estos pacientes.

2.- La realidad clínica de estos pacientes, es que la evaluación del estado del paciente y de su capacidad funcional pre y postratamiento es subjetiva. Se realizan habitualmente escalas clínicas aceptadas pero que dan poco detalle sobre la dinámica o estática de cada zona facial mímica. Por esta razón se decide realizar un documento en el que consten: antecedes de interés, evolución, tratamiento recibido previamente, escalas de clasificación clásicas y también una escala visual zonal, así como propuesta de tratamiento, y de realizarse en la consulta especificación del tratamiento recibido ese día. Se apreciarán también sugerencias o aportaciones del paciente.

3.- Dado que varios servicios tratan desde distintos ángulos a estos pacientes, establecemos el compromiso de accesibilidad de los informes a otros especialistas a través de la red interna del Salud para que les permita unificar la línea de tratamiento si lo estiman, o valorar su discusión.

4.-Se administrará copia física al paciente del informe, para que sean conscientes de su evolución, valoren con otros especialistas a los que consulten pertenezcan o no a la red pública de salud. Asimismo, constarán las dosis de tratamiento administrado de toxina botulínica, para que ningún especialista de centro propio o ajeno dude respecto a posibilidad de simlutanear tratamiento por otra patología (distonías, síndromes miofasciales o motivación estética)

RESULTADOS ESPERADOS

1. TRATAR DE UNIFICAR LAS LINEAS DE TRATAMIENTO DE PACIENTES DE PARÁLISIS FACIAL CONSENSUANDOLAS CON OTROS SERVICIOS QUE COLABOREN EN EL TRATAMIENTO DE ESTOS PACIENTES (REHABILITACIÓN, PLASTICA, ORL, OFTALMOLOGÍA)
2. REALIZACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMÁTICO NORMALIZADO EN EL QUE CONSTE LA INFORMACIÓN PRECISA DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE POR VISITA, ASI COMO DEL TRATAMIENTO PROPUESTO O REALIZADO EN LA VISITA
3. POSIBILIDAD DE FACILITAR ACCESO DE ESA DOCUMENTACIÓN EN LA RED INTERNA DEL SALUD
4. FACILITAR AL PACIENTE DOCUMENTACIÓN EN CADA VISITA, TANTO COPIA DEL INFORME COMO DOCUMENTACIÓN GRÁFICA DE EJERCICIOS A REALIZAR DE ESTAR INDICADOS

MÉTODO

OFERTA DE SERVICIOS PROPUESTA ATENCIÓN GLOBAL AL PACIENTE CON PARÁLISIS FACIAL AMPLIACIÓN OBJETIVOS

- Se procederá a la realización de una jornada de unificación de criterios hospitalaria
- Se procederá a contactar con Servicio de informática para crear un formulario que pueda ser accesible vía Intranet
- Se procederá a cumplimentar el formulario en cada visita o consulta
- Se procederá a facilitar copia al paciente y se colgará documento accesible a otros profesionales.

INDICADORES

Se procederá a la valoración de la información proporcionada al paciente como su acceso a través de red interna. Se procederá a la valoración por parte de los miembros del servicio de la opinión de mejora de la calidad asistencial ofertada.

DURACIÓN

La fecha de cronograma de inicio prevista es 2017 y se pretende su implantación futura sin límite de fecha.

OBSERVACIONES

Debe reseñarse que se han conseguido todos los objetivos de la línea de mejora previa del 2016, de atención a pacientes de parálisis facial:

- UNIFICANDO LAS CONSULTAS DE PARÁLISIS FACIAL, CREANDO DISPOSICIÓN DE UN DÍA DE CONSULTA MENSUAL, PARA MEJORAR LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE
- UNIFICANDO EL CRITERIO DE ANAMNESIS SUBJETIVA MEDIANTE REGISTRO FOTOGRÁFICO PREVIA FIRMA CI
- PROTOCOLIZANDO Y UNIFICANDO LOS CRITERIOS DE EXPLORACIÓN
- ESTANDARIZANDO EL USO DE TRATAMIENTO MÉDICO CON TOXINA BOTULÍNICA PARA DISMINUIR EL GASTO GLOBAL (citando todos los pacientes mismo día para no desechar mediación)

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1730

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS DE LA LINEA DE MEJORA DE 2016)

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO CARBONEL BUENO
· 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.

RIPALDA MARIN JORGE
CARDONA MOLFAY RAFAEL
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN
MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER
POLO PELLICENA MARCOS
CALVO LOPEZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CONSENSO CON EL Sº DE ANESTESIA PARA TIPO DE PACIENTE Y PATOLOGÍA A INCLUIR. (REALIZADO).

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO Y GUÍA PARA ENTREGAR AL PACIENTE CON LAS INDICACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS. (REALIZADO).

ADIESTRAMIENTO EN ARTROSCOPIA DE HOMBRO DEL PERSONAL DE ENFERMARÍA (PENDIENTE ADIESTRAMIENTO EN ARTROSCOPIA PARA NUEVO PERSONAL)

MATERIAL NECESARIO PARA QUIRÓFANO. (ADMITIDA LA ACTUALIZACIÓN PERO PENDIENTE DE ENTREGA)

CONSULTA ESPECÍFICA DE ANESTESIA PARA CSI. (REALIZADO)

INCLUSIÓN DE NUEVAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS EN CSI. (REALIZADO).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DICHOS RESULTADOS SE HAN OBTENIDO REVISANDO NUESTRA BASE DE DATOS INTERNA DE LA UNIDAD ADEMÁS DEL LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA, LOS LIBROS DE QUIRÓFANO Y PLANTA Y LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES.

ARTROSCOPIAS DE HOMBRO EN CSI / ARTROSCOPIAS DE HOMBRO TOTALES. 8/117
Nº DE PACIENTES EN LEQ PARA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO CON DEMORA > 6 MESES. 22 PACIENTES
ESTANCIA MEDIA DE ARTROSCOPIAS DE HOMBRO CON INGRESO. 1.8 DÍAS

EL RESULTADO ES SATISFACTORIO AUNQUE PRETENDEMOS MEJORARLO AUMENTANDO EL NÚMERO DE CIRUGÍAS A REALIZAR. EN LAS REVISIONES EN CONSULTA NO HEMOS OBJETIVADO DIFERENCIAS TANTO EN DOLOR COMO EN EVOLUCIÓN POSTERIOR RESPECTO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS CON INGRESO. NO HEMOS REQUERIDO EN NINGÚN CASO DEL INGRESO EN PLANTA TRAS LA CIRUGÍA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL PROYECTO SUPONE UNA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE YA QUE EVITA EL INGRESO EN PLANTA Y EL PERJUICIO QUE ESTO SUPONE TANTO PARA ÉL COMO PARA SU ENTORNO. ADEMÁS SUPONE UN IMPORTANTE AHORRO ECONÓMICO PARA EL CENTRO. LA DURACIÓN DEL PROYECTO PUEDE SER ILIMITADA UNA VEZ INSTAURADO. ESTE PROYECTO PODRÍA APLICADO EN OTROS CENTROS DEL SALUD QUE CUMPLAN CON LOS MEDIOS Y PROFESIONALES ADECUADOS PARA REALIZAR TANTO CIRUGÍA SIN INGRESO COMO CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO.

DURANTE ESTE AÑO SE HA DISMINUIDO EL NÚMERO DE CIRUGÍAS REALIZADAS RESPECTO A AÑOS ANTERIORES POR MOTIVOS QUE EXPLICARÉ EN EL SIGUIENTE APARTADO, PERO PESE A ELLO EL NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE MÁS DE 6 MESES HA DISMINUIDO POR LO QUE LOS OBJETIVOS SE SIGUEN CUMPLIENDO EN ALGUNA MEDIDA.

EL OBJETIVO ES PODER REALIZAR 2 CIRUGÍAS DE ESTE TIPO POR SESIÓN QUIRÚRGICA, ADEMÁS DE OTRAS MENORES, Y PODER INCORPORARLAS AL TURNO DE TARDE SI ÉSTE VUELVE A IMPLANTARSE.

7. OBSERVACIONES.

DURANTE ESTE AÑO 2018 HAN ACONTECIDO DISTINTOS ACONTECIMIENTOS QUE HAN ALTERADO EL CURSO "NORMAL" DEL PROYECTO PERO NO LO HAN ALTERADO EN GRAN MEDIDA:

- UN MIEMBRO DE NUESTRA UNIDAD CAUSÓ BAJA POR LO QUE TUVIMOS QUE REEVALUAR MÚLTIPLES PACIENTES DILATANDO ASÍ LA LISTA DE ESPERA.

- NUEVAMENTE HUBO TRASLADOS EN EL SERVICIO DE ENFERMERÍA CON EL CONSIGUIENTE PERIODO DE FORMACIÓN QUE SUPUSO PARA ELLAS.

- EL NÚMERO DE QUIRÓFANOS DE CSI QUE NOS FUE ASIGNADO TAMBIÉN FUE INFERIOR, PERO LO INTENTAMOS SUBSANAR DERIVANDO PROCESOS MENORES A LA SALA BLANCA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

- LA DERIVACIÓN A CLÍNICAS PRIVADAS DE NUESTROS PACIENTES HA SIDO IMPORTANTE. LOS PACIENTES QUE SE DERIVAN SON FUNDAMENTALMENTE LOS SUBSIDIARIOS DE CIRUGÍA EN CSI, YA QUE LOS CASOS MÁS COMPLEJOS SON HABITUALMENTE RECHAZADOS Y LOS REALIZAMOS NOSOTROS EN EL QUIRÓFANO CONVENCIONAL. POR ESTE MOTIVO EL NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS EN CSI ES MENOR PROPORCIONALMENTE ESTE AÑO.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/26 ===== ***

Nº de registro: 0026

Título
AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Autores:
CARBONEL BUENO IGNACIO, RIPALDA MARIN JORGE, CAMACHO CHACON JORGE ALBERTO, SOLA CORDON ALEJANDRO, CARDONA MALFEY RAFAEL, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, CALVO LOPEZ MARIA TERESA, SALAS GARCIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Tal circunstancia ha supuesto un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que actualmente sufren una demora de su intervención quirúrgica de alrededor de 1 año, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos por los que pasa nuestro sistema sanitario. Los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, en las condiciones actuales, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, en la mayoría de las ocasiones. Por lo tanto, requieren una estancia hospitalaria de 2 días.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir
2. Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia
3. Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería
4. Material necesario para su realización en quirófano.
5. Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
6. Ya se ha comenzado la realización de cirugía con resultados satisfactorios y si ningún reingreso de las patologías incluidas hasta el momento.

MÉTODO

Se va a realizar una ampliación del proyecto ya comenzado incluyendo una nueva indicación quirúrgica, como es la luxación recidivante de hombro simple y compleja, que supone alrededor del 30% de toda la patología artroscópica de hombro intervenida en este centro. Con este efecto realizamos el siguiente proyecto aprovechando el iniciado previamente y mejorándolo y ampliándolo con el efecto de mejorar los resultados.
Para la realización de este proyecto se va a elaborar, junto con el Servicio de Anestesia del CRTQ, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de la Cirugía Sin Ingreso (CSI).
La primera parte del proyecto sería dotar el quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica. Dicho material ya existe al tratarse de una mejora de un proyecto ya existente.
El proyecto continuaría en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con luxación recidivante de hombro además de seguir con las indicaciones previas. Posteriormente el paciente deberá asistir a la consulta de Anestesiología, donde se evaluará si cumple los criterios generales para inclusión en el programa de CSI, y si sus condiciones particulares de salud son adecuadas a este tipo de cirugía-.
La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, que permite el alta el mismo día de la intervención y un control adecuado del dolor

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

postoperatorio inmediato.

Al alta el paciente recibirá el correspondiente informe escrito en el que se consignarán las precauciones a tener por parte del paciente, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en la consulta del Traumatólogo.

INDICADORES

Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. N° de pacientes en LEQ Hombro con demora > 6 meses. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso. Dichos índices se evaluarán con una periodicidad de 6 meses

DURACIÓN

El nuevo proyecto puede comenzar de inmediato ya que se va a aprovechar la estructura creada previamente y el acuerdo con el S° de Anestesia ya existe para valorar los nuevos pacientes incluidos con diagnóstico de luxación recidivante de hombro. Además el material adicional que se precisa para la realización de dicha cirugía ya está disponible para su uso.

Su duración puede ser ilimitada una vez instaurado.

Este proyecto podría ser aplicado en otros centros del Salud que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar tanto Cirugía sin Ingreso como cirugía artroscópica de hombro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Fecha de entrada: 09/05/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO CARBONEL BUENO
· 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.

RIPALDA MARIN JORGE
CARDONA MALFEY RAFAEL
CALVO LOPEZ MARIA TERESA
SALAS GARCIA ARANZAZU
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- CONSENSO CON EL Sº DE ANESTESIA PARA TIPO DE PACIENTE Y PATOLOGÍA A INCLUIR. (YA REALIZADO PARA 3 PATOLOGÍAS Y PENDIENTE DE AUMENTO DE INDICACIONES). - ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO Y GUÍA PARA ENTREGAR AL PACIENTE CON LAS INDICACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS. (YA REALIZADO PARA PATOLOGÍAS INCLUIDAS. PENDIENTE DE REALIZAR PARA NUEVAS INDICACIONES). - ADIESTRAMIENTO EN ARTROSCOPIA DE HOMBRO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA (EN CURSO POR CAMBIOS EN PLANTILLA CONTINUOS) - MATERIAL NECESARIO PARA QUIRÓFANO. (PENDIENTE ACTUALIZACIÓN) - CONSULTA ESPECÍFICA DE ANESTESIA PARA CSI. (REALIZADO) - INCLUSIÓN DE NUEVAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS EN CSI. (PENDIENTE AUMENTO INDICACIONES. YA ESTABLECIDO SÍNDROME SUBACROMIAL, TENDINITIS CALCIFICANTE Y LUXACIÓN RECIDIVANTE).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES VALORADOS:

- ARTROSCOPIAS DE HOMBRO EN CSI / ARTROSCOPIAS DE HOMBRO TOTALES. 20/120
- Nº DE PACIENTES EN LEQ PARA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO CON DEMORA > 6 MESES. 31 PACIENTES
- ESTANCIA MEDIA DE ARTROSCOPIAS DE HOMBRO CON INGRESO. 1.8 DÍAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL PROYECTO ESTÁ OBTENIENDO BUENOS RESULTADOS SUPONIENDO UNA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE YA QUE EVITA EL INGRESO DEL PACIENTE Y EL PERJUICIO QUE ESTO SUPONE TANTO PERSONALMENTE COMO PARA SU ENTORNO. ADEMÁS SUPONE UN IMPORTANTE AHORRO ECONÓMICO PARA EL CENTRO. LA DURACIÓN DEL PROYECTO PUEDE SER ILIMITADA UNA VEZ INSTAURADO. ESTE PROYECTO PODRÍA SER APLICADO EN OTROS CENTROS DEL SALUD QUE CUMPLAN CON LOS MEDIOS Y PROFESIONALES ADECUADOS PARA REALIZAR TANTO CIRUGÍA SIN INGRESO COMO CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO.

7. OBSERVACIONES.

HAN EXISTIDO DOS PROBLEMAS FUNDAMENTALES PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO.

1. EL PRIMERO ES LA DOTACIÓN DE MATERIA PARA LA ARTROSCOPIA EXISTENTE EN EL QUIRÓFANO DE CSI. SE COMPRARON TORRES NUEVAS DE ARTROSCOPIA PARA LOS QUIRÓFANOS DE LA PLANTA SEGUNDA Y SE ENVIÓ EL EXISTENTE PREVIAMENTE AL CSI. DICHA TORRE PRESENTA DEFICIENCIAS POR LAS QUE FUERON SUSTITUIDAS EN SU MOMENTO POR LO QUE DIFICULTA EL TRABAJO. ADEMÁS EXISTE UN NÚMERO LIMITADO DE INSTRUMENTALES PARA ARTROSCOPIAS QUE CON EL AUMENTO DE QUIRÓFANOS QUE SUPONE LA CIRUGÍA DE TARDES Y DE CSI EN OCASIONES ES INSUFICIENTE.

2. EL SEGUNDO ES EL CONTINUO CAMBIO QUE HA EXISTIDO ESTE AÑO Y EL PASADO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO DE CSI POR BAJAS MATERNALES Y CAMBIOS EN PLANTILLO LO QUE HA DIFICULTADO TAMBIÉN EL FUNCIONAMIENTO DEL QUIRÓFANO POR TRATARSE DE CIRUGÍA QUE REQUIERE UNA CIERTA FORMACIÓN ESPECÍFICA.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/26 ===== ***

Nº de registro: 0026

Título

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Autores:

CARBONEL BUENO IGNACIO, RIPALDA MARIN JORGE, CAMACHO CHACON JORGE ALBERTO, SOLA CORDON ALEJANDRO, CARDONA MALFEY RAFAEL, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, CALVO LOPEZ MARIA TERESA, SALAS GARCIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Tal circunstancia ha supuesto un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que actualmente sufren una demora de su intervención quirúrgica de alrededor de 1 año, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos por los que pasa nuestro sistema sanitario. Los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, en las condiciones actuales, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, en la mayoría de las ocasiones. Por lo tanto, requieren una estancia hospitalaria de 2 días.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir
2. Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia
3. Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería
4. Material necesario para su realización en quirófano.
5. Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
6. Ya se ha comenzado la realización de cirugía con resultados satisfactorios y si ningún reingreso de las patologías incluidas hasta el momento.

MÉTODO
Se va a realizar una ampliación del proyecto ya comenzado incluyendo una nueva indicación quirúrgica, como es la luxación recidivante de hombro simple y compleja, que supone alrededor del 30% de toda la patología artroscópica de hombro intervenida en este centro. Con este efecto realizamos el siguiente proyecto aprovechando el iniciado previamente y mejorándolo y ampliándolo con el efecto de mejorar los resultados.
Para la realización de este proyecto se va a elaborar, junto con el Servicio de Anestesia del CRTQ, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de la Cirugía Sin Ingreso (CSI).
La primera parte del proyecto sería dotar el quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica. Dicho material ya existe al tratarse de una mejora de un proyecto ya existente.
El proyecto continuaría en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con luxación recidivante de hombro además de seguir con las indicaciones previas. Posteriormente el paciente deberá asistir a la consulta de Anestesiología, donde se evaluará si cumple los criterios generales para inclusión en el programa de CSI, y si sus condiciones particulares de salud son adecuadas a este tipo de cirugía-.
La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, que permite el alta el mismo día de la intervención y un control adecuado del dolor postoperatorio inmediato.
Al alta el paciente recibirá el correspondiente informe escrito en el que se consignarán las precauciones a tener por parte del paciente, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en la consulta del Traumatólogo.

INDICADORES
Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. Nº de pacientes en LEQ Hombro con demora > 6 meses. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso
Dichos índices se evaluarán con una periodicidad de 6 meses

DURACIÓN
El nuevo proyecto puede comenzar de inmediato ya que se va a aprovechar la estructura creada previamente y el acuerdo con el Sº de Anestesia ya existe para valorar los nuevos pacientes incluidos con diagnóstico de luxación recidivante de hombro. Además el material adicional que se precisa para la realización de dicha cirugía ya está disponible para su uso.

Su duración puede ser ilimitada una vez instaurado.

Este proyecto podría ser aplicado en otros centros del Salud que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar tanto Cirugía sin Ingreso como cirugía artroscópica de hombro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE IGNACIO CARBONEL BUENO
· 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.

RIPALDA MARIN JORGE
CARDONA Malfey RAFAEL
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN
HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO
POLO PELLICENA MARCOS
BRICIO MEDRANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir.
Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia.
Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería.
Material necesario para su realización en quirófano.
Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
Procedimientos de cirugía artroscópica de hombro en quirófanos de CSI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

artroscopias de hombro en csi / artroscopias de hombro totales. 2/98

nº de pacientes en leq para cirugía artroscópica de hombro con demora > 6 meses. 33 pacientes

estancia media de artroscopias de hombro con ingreso. 1.6 días

en las revisiones en consulta posterior a la cirugía, seguimos sin objetivar diferencias tanto en dolor como en evolución posterior respecto a los pacientes intervenidos con ingreso.

no hemos requerido en ningún caso del ingreso en planta tras la cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante todo el año 2019 se ha producido un estancamiento en la evolución del proyecto. En primer lugar por la casi nula dotación de quirófanos de CSI al Servicio de Traumatología en horario de mañana siendo designados éstos a otros Servicios. Además se suspendió la actividad quirúrgica por la tarde con la consecuente limitación que esto nos supuso.

El personal de enfermería sufrió nuevos cambios y en esta ocasión no ha sido posible su formación debido a la ausencia casi total de actividad quirúrgica por nuestra parte y que impidió su adecuado adiestramiento.

Este proyecto tiene todas las condiciones necesarias y las actividades ya dispuestas para continuar su desarrollo salvo la limitada disponibilidad de quirófano y el cambio continuo del personal de enfermería que limita nuestra actuación. Si ambos problemas se resolvieran, el proyecto podría continuar sin ningún problema ya que desde 2013 se ha venido realizando sin incidencias, ampliando incluso las indicaciones.

Actualmente el proyecto ya está asentado y protocolizado con Anestesia y Enfermería, por lo que una vez resuelto el problema del entrenamiento del personal de enfermería, puede seguir su curso con normalidad sin requerir de nuevas actuaciones.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto se considera ya realizado y completo ya que nos permite la realización de cirugía artroscópica de hombro en los quirófanos de Cirugía sin Ingreso aplicando los protocolos ya consensuados y elaborados. Se han intervenido pacientes desde 2013 sin incidencias y sin reingresos, lo que consideramos un periodo de tiempo suficiente para considerar la implantación de dicho proyecto como establecida y no requerir de nuevas medidas salvo las de su mantenimiento.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/26 ===== ***

Nº de registro: 0026

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Título

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Autores:

CARBONEL BUENO IGNACIO, RIPALDA MARIN JORGE, CAMACHO CHACON JORGE ALBERTO, SOLA CORDON ALEJANDRO, CARDONA MALFEY RAFAEL, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, CALVO LOPEZ MARIA TERESA, SALAS GARCIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Tal circunstancia ha supuesto un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que actualmente sufren una demora de su intervención quirúrgica de alrededor de 1 año, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos por los que pasa nuestro sistema sanitario. Los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, en las condiciones actuales, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, en la mayoría de las ocasiones. Por lo tanto, requieren una estancia hospitalaria de 2 días.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir
2. Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia
3. Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería
4. Material necesario para su realización en quirófano.
5. Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
6. Ya se ha comenzado la realización de cirugía con resultados satisfactorios y si ningún reingreso de las patologías incluidas hasta el momento.

MÉTODO

Se va a realizar una ampliación del proyecto ya comenzado incluyendo una nueva indicación quirúrgica, como es la luxación recidivante de hombro simple y compleja, que supone alrededor del 30% de toda la patología artroscópica de hombro intervenida en este centro. Con este efecto realizamos el siguiente proyecto aprovechando el iniciado previamente y mejorándolo y ampliándolo con el efecto de mejorar los resultados.

Para la realización de este proyecto se va a elaborar, junto con el Servicio de Anestesia del CRTQ, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de la Cirugía Sin Ingreso (CSI).

La primera parte del proyecto sería dotar el quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica.

Dicho material ya existe al tratarse de una mejora de un proyecto ya existente.

El proyecto continuaría en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con luxación recidivante de hombro además de seguir con las indicaciones previas. Posteriormente el paciente deberá asistir a la consulta de Anestesiología, donde se evaluará si cumple los criterios generales para inclusión en el programa de CSI, y si sus condiciones particulares de salud son adecuadas a este tipo de cirugía-.

La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, que permite el alta el mismo día de la intervención y un control adecuado del dolor postoperatorio inmediato.

Al alta el paciente recibirá el correspondiente informe escrito en el que se consignarán las precauciones a tener por parte del paciente, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en la consulta del Traumatólogo.

INDICADORES

Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. Nº de pacientes en LEQ Hombro con demora > 6 meses. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso Dichos índices se evaluarán con una periodicidad de 6 meses

DURACIÓN

El nuevo proyecto puede comenzar de inmediato ya que se va a aprovechar la estructura creada previamente y el acuerdo con el Sº de Anestesia ya existe para valorar los nuevos pacientes incluidos con diagnóstico de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

luxación recidivante de hombro. Además el material adicional que se precisa para la realización de dicha cirugía ya está disponible para su uso.

Su duración puede ser ilimitada una vez instaurado.

Este proyecto podría ser aplicado en otros centros del Salud que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar tanto Cirugía sin Ingreso como cirugía artroscópica de hombro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0181

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE JESUS JOSE MATEO AGUDO
· 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.

PANISELLO SEBASTIA JUAN JOSE
BEJARANO LASUNCION CARLOS
SOROLLA BECERRIL JOSE FRANCISCO
PASCUAL LOPEZ MERCEDES
GARCIA CALVO VERONICA
GOMEZ BLASCO ANDRES MANUEL
SANZ SAINZ MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Acciones:

- 1.- Revisión bibliográfica. Protocolos RR. Evidencia.
- 2.- Revisión manejo perioperatorio de pacientes anticoagulados, antiagregados y con tratamientos biológicos.
- 3.- Revisión pautas de tratamiento del dolor postoperatorio.
- 4.- Revisión movilización postoperatoria segura tras PTC.
- 5.- Manual de cuidados de la PTC. Empoderamiento del paciente.
- 6.- Protocolización del tratamiento médico durante el ingreso.
- 7.- Modelo de vía clínica
- 8.- Aplicación práctica de la vía clínica.

En sucesivas reuniones (7) del equipo de mejora se fueron incorporando los aspectos recogidos en las acciones 1 a 6 a la nueva vía clínica. Se mantuvo también una reunión con la Sección de Anestesia del HRTQ (Dr. Pablo Ortega) para establecer las pautas de manejo del dolor postoperatorio.

Al finalizar la acción 7, se habían elaborado un documento de vía clínica, al que se asociaron otros para facilitar su aplicación práctica: protocolos clínicos incorporados a la vía clínica, modelo de hoja de tratamiento del paciente, y un cronograma de actividades diferenciadas para personal médico y de enfermería. Se ha elaborado también una guía de cuidados de la prótesis total de cadera para entregar a los pacientes en la reunión informativa previa a la intervención.

El equipo de mejora explicó la aplicación de la nueva vía a los miembros de la Unidad de Artroplastia. Por su parte, la Supervisora de Enfermería de nuestra planta instruyó al personal en la aplicación de la misma. Finalmente, hubo una reunión conjunta del personal médico y de enfermería implicado sobre la aplicación práctica. La vía clínica elaborada comenzó a introducirse en marzo 2016. A partir de abril 2016 se empezaron a recoger datos para el seguimiento de la vía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

1. Índice de aplicación de la vía clínica: nº PTC que cumplen la vía/nº PTC totales. Se esperaba alcanzar el 80% al final del primer año.
(Los datos de cumplimentación de las acciones de la vía se fueron recogiendo en el momento del alta de cada paciente)
2. Estancia hospitalaria PTC que sigue la vía clínica. En 2015 la estancia media para este procedimiento fue de 7'23 días. El objetivo fijado tras la aplicación de la vía fue reducir la estancia a 5'5 días.
(Las estancias se fueron registrando en el momento del alta de los pacientes)
3. Índice de reingresos en el primer mes: PTC en vía clínica reingresadas/PTC intervenidas en vía clínica. El objetivo planteado fue que los reingresos no superaran la cifra existente previamente, estableciéndose el objetivo en inferior al 3%.
(Los reingresos se registraron mediante revisión de las altas de la Unidad).
Se efectuó una revisión trimestral del indicador "Estancia", y anual de los indicadores "Índice de aplicación de la vía" y "Reingresos". Al final de 2016 el índice de aplicación de la vía fue 82'3%, la estancia media de 5'69 días y los reingresos 1'14%. En la revisión de indicadores efectuada al final de 2017 obtuvimos: índice de aplicación de la vía 100%, estancia media de 5'47 días y los reingresos 1'38%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todas las actividades necesarias para la elaboración de la vía fueron útiles para confrontar las prácticas que estaban en uso con las evidencias halladas en la literatura. Esto facilitó la introducción de algunos cambios en hábitos de trabajo que estaban muy arraigados en el personal.

La introducción de actividades para el empoderamiento del paciente (guía de cuidados para el paciente, y reunión previa la cirugía) han resultado muy positivas para el cambio de actitud del paciente ante el ingreso y han mejorado la satisfacción con dicha experiencia.

Desde el inicio de la aplicación hemos constatado una reducción importante de la estancia hospitalaria por este proceso, que, con el paso del tiempo, parece ir mejorando todavía más (actualmente la reducción es de 1'8 días). El índice de reingresos no se ha visto afectado. La seguridad del paciente es el aspecto que más se ha cuidado durante la aplicación de la vía, y probablemente es el factor más limitante para conseguir mayores reducciones de la estancia.

Colateralmente, la introducción de nuevas medidas de ahorro de sangre en la vía han conseguido reducir la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0181

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

incidencia de transfusión en la PTC primaria a la notable cifra del 3'1% en 2017. Actualmente el peso de la aplicación de la vía, en lo que a cuidados de enfermería se refiere, recae principalmente en la enfermera supervisora. Su ausencia en fines de semana o vacaciones se deja notar sobre todo en los plazos de movilización de los pacientes, y estancias más largas para los pacientes que convalecen en fin de semana. Este problema se relaciona con la escasa estabilidad del personal de enfermería y auxiliar de la planta de hospitalización, que requeriría repetidas actividades formativas para el personal de nueva incorporación. El factor que con mayor frecuencia retrasa el alta de los pacientes son los cuidados de la herida (seromas o manchados en los primeros días del postoperatorio). Se trata de una incidencia que afecta a la seguridad del paciente, y el médico es renuente a transferir el cuidado de este problema a otro profesional (médico de familia). Este aspecto es objeto de discusión todavía en el grupo de trabajo de la vía.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/181 ===== ***

Nº de registro: 0181

Título
VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

Autores:
MATEO AGUDO JESUS JAVIER, PANISELLO SEBASTIA JUAN JOSE, PASCUAL LOPEZ MERCEDES, BEJARANO LASUNCION CARLOS, LOPEZ MARCO JOSE FRANCISCO, GARCIA CALVO VERONICA, GOMEZ BLASCO ANDRES, SANZ SAINZ MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La reducción de la estancia hospitalaria en otros procedimientos de cirugía ortopédica nos hizo reflexionar sobre el manejo de los pacientes intervenidos de prótesis de cadera, parte del cual se basaba en "costumbres". Así, las actividades no protocolizadas se efectuaban según los criterios, no siempre uniformes, del personal implicado. Por ello, se decide repasar la totalidad de las actividades implicadas en el manejo del paciente que ingresa para cirugía primaria de prótesis de cadera, con la intención de uniformizar los procedimientos y ajustarlos a la evidencia disponible. Se espera de ello mejorar la seguridad y la calidad de la atención, incluyéndose en ello la reducción de la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental es la uniformización de criterios en varios aspectos fundamentales: preparación preoperatoria, información preoperatoria al paciente, tratamiento/prevención del dolor postoperatorio (colaboración con Servicio de Anestesia), tratamiento médico habitual en estos pacientes, movilización postoperatoria segura del paciente intervenido de prótesis de cadera, y criterios de alta hospitalaria. Todo ello quedará documentado en una vía clínica para la cirugía de prótesis de cadera primaria. Se espera de todo ello una reducción de la estancia hospitalaria, sin que se incremente la incidencia de reingresos en el primer mes. Y se espera también mejorar la satisfacción del paciente relativa a su ingreso hospitalario.

MÉTODO

- 1.- Revisión bibliográfica. Protocolos de recuperación rápida. Evidencia. (Juan José Panisello Sebastián, Miguel Sanz Sainz).
- 2.- Actualización del manejo preoperatorio de pacientes anticoagulados, antiagregados y con tratamientos biológicos (Carlos Bejarano Lasunción, Verónica García Calvo).
- 3.- Revisión de las pautas de tratamiento del dolor postoperatorio (Jesús Mateo Agudo, colaboración de la Sección de Anestesia del HRTQ, Dr. Pablo Ortega).
- 4.- Movilización postoperatoria segura del paciente intervenido de PTC (Mercedes Pascual López, Andrés Gómez Blasco).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0181

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

- 5.- Manual de cuidados de la PTC. Empoderamiento del paciente (José F. López Marco, Mercedes Pascual López).
- 6.- Síntesis: modelo de vía clínica (Jesús Mateo Agudo).
- 7.- Protocolización del tratamiento médico durante el ingreso (Andrés Gómez Blasco, Miguel Sanz Sainz, Verónica García Calvo).
- 8.- Puesta en marcha aplicación práctica de la vía: (Andrés Gómez Blasco, Miguel Sanz Sainz, Verónica García Calvo, Mercedes Pascual López, Jesús Mateo Agudo).

INDICADORES

1. Índice de aplicación de la vía clínica: nº PTC que cumplen la vía/nº PTC totales
 2. Estancia hospitalaria PTC que sigue la vía clínica.
 3. Índice de reingresos en el primer mes: PTC en vía clínica reingresadas/PTC intervenidas en vía clínica.
- El número y filiación de los pacientes intervenidos de PTC primaria en un determinado periodo se extrae de la base de datos de programación de nuestra Unidad. Las cifras de estancia hospitalaria y los eventuales reingresos se obtienen en la intranet del hospital.
- El criterio "PTC que cumple la vía" se establece por el cumplimiento de acciones y plazos especificados en la vía clínica: suspensión de medicaciones previas en el tiempo prescrito, momento del ingreso, cumplimiento de la antibioterapia y otros tratamientos, cumplimiento del protocolo de ahorro de sangre, momento de retirada de drenajes, momento de sedestación, momento de deambulación, cumplimiento de criterios de alta. Toda esta información requiere la revisión de la historia clínica.
- Una vez que se determine el grado de utilidad de la vía en los parámetros anteriores se elaborará una encuesta que permita evaluar la satisfacción del paciente con la experiencia del ingreso.

DURACIÓN

Actividades 2016
Revisión conocimientos y procedim (1,2, 3,4): ENE-FEB
Manual de cuidados. Plan de información (5): FEB-MAR
Modelo de vía clínica (6): FEB-MAR
Protocolo de tratamiento médico (7): FEB-MAR
Aplicación de la vía clínica (8): ABR-DIC
Control de indicadores: JUL, OCT, DIC Actividades 2017
Acciones de mejora (según indicadores): ENE
Aplicación de la vía clínica (8): ENE-ABR
Control de indicadores: ABR

OBSERVACIONES

La idea original fue elaborar una vía que incluyera la totalidad de la cirugía protésica de cadera. Los problemas particulares que plantea la cirugía de revisión hacen que deba de tratarse de forma independiente. No obstante, una parte de los procedimientos serán comunes a esta vía.

A la vista de los resultados que ofrezca la vía actual se planteará el manejo de la cirugía de revisión.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0236

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 18/01/2018

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.

SANZ SAINZ MIGUEL
MASA LASHERAS MARIA ELENA
GOMEZ BLASCO ANDRES MANUEL
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN
LIZCANO PALOMARES MIGUEL
GARCIA CALVO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En proceso, recopilación de información sobre el material quirúrgico disponible en depósito en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Se han tomado fotografías de los sets quirúrgicos recopilados.
Registrada la rotulación de los mismos, por la que se identifica en Esterilización.
Descargadas las técnicas quirúrgicas en formato .pdf desde las webs de las casas comerciales.
En elaboración de una base de datos capaz de recoger toda la información y mostrar imágenes de manera correcta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La cantidad del material disponible que ha sido recogido ronda el 30%.
El porcentaje de lo recopilado que incluye fotografías del contenido es del 100%.
Porcentaje que incluye la técnica quirúrgica ronda el 75%.
La recolección de encuestas de nivel de uso y satisfacción percibida por el personal de quirófano (médico, enfermería, auxiliar...), se realizará una vez sea posible ofrecer la herramienta para su uso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe dificultad para acceder al material que es utilizado con menor frecuencia. Sería muy recomendable que se facilitara de alguna manera el acceso a Esterilización, para revisar el material menos utilizado.
Una pequeña parte del arsenal, se emplea en la mayoría de las intervenciones. Existen otras opciones, a veces más adecuadas, que no se utilizan por desconocimiento de su existencia.
Pendiente de diseñar la herramienta adecuada para consultar los datos recogidos.
El constante cambio de material obliga al mantenimiento del proyecto en los años sucesivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/236 ===== ***

Nº de registro: 0236

Título
PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Autores:
HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, SANZ SAINZ MIGUEL, MASA LASHERAS MARIA ELENA, GOME BLASCO ANDRES MANUEL, RODRIGUEZ NOGUE LUIS, PINILLA GRACIA CRISTIAN, LIZCANO PALOMARES MIGUEL, GARCIA CALVO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0236

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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 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.

RESULTADOS ESPERADOS

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.

MÉTODO

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.

INDICADORES

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...)

DURACIÓN

. Inicio:Octubre 2016, final Septiembre 2017.

Octubre/Noviembre 2016: realización y diseño del soporte informático de recogida de información (Base de datos, página web...) así como de las herramientas de búsqueda.

Diciembre 2016/Enero 2017: Recolección de los datos existentes sobre material osteosíntesis disponible en depósito.

Enero/Junio 2017: Incorporación de datos al soporte diseñado, añadiendo fotografías, técnicas quirúrgicas y notas técnicas.

Mayo/Septiembre 2017: Ofertar la herramienta diseñada a los profesionales sanitarios, dando a conocer su existencia y promoviendo su uso.

Septiembre 2017: Registrar el uso realizado y el grado de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

Fecha de entrada: 23/03/2018

2. RESPONSABLE ANDRES AGUILAR EZQUERRA
· 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.

HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI
RODA ROJO VICTOR
PEREZ JIMENO NURIA
LOPEZ SUBIAS JORGE
HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO
MARTINEZ AZNAR CARMEN
CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras una amplia revisión bibliográfica y revisión de bases de datos, se creó un protocolo de prevención secundaria de la osteoporosis de inicio al alta hospitalaria, de acuerdo con los componentes del Proceso de Fractura de Cadera del Anciano; consistente en suplementos de calcio y vitamina D y un antirresortivo añadido.
Se cuantificó el número de pacientes que ingresaron por sufrir una fractura de cadera osteoporótica en el periodo de tres meses previsto, recogiendo datos en cuanto al tratamiento para la osteoporosis que tenían pautado antes del ingreso.
Tras su intervención quirúrgica, se pautó el tratamiento antes mencionado y mediante entrevista telefónica o clínica se hizo el seguimiento para comprobar el cumplimiento a los 6 meses del alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se cuantificaron un total de 142 pacientes ingresados en el periodo de estudio, un 7.7% tomaban tratamiento para la osteoporosis de manera domiciliaria. Se implantó el tratamiento anteriormente descrito, haciendo un seguimiento a los 6 meses del alta. Durante el periodo de seguimiento 23 pacientes fallecieron, no pudiéndose recabar datos al respecto del cumplimiento farmacéutico. De lo restantes pacientes, a los 6 meses de alta el 45.37% cumplían el tratamiento en su totalidad, el 25.21% lo hacían de manera parcial, tomando solamente alguno de los fármacos prescritos, y el 29.41% lo incumplían en su totalidad no tomando ninguno de los fármacos prescritos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la realización de este proyecto se ha objetivado un muy bajo número de pacientes que tomaban tratamiento antiosteoporótico antes del ingreso. Dada la importancia socioeconómica que las fracturas de cadera representan, habría que estudiar los motivos por los que los pacientes en riesgo no toman un tratamiento adecuado. Asimismo, pese a la implantación de un tratamiento consensuado con los integrantes del Proceso de fractura de cadera del anciano, se aprecia un alto porcentaje de falta de

adherencia total o parcial al tratamiento al final del seguimiento; por lo que convendría estudiar las razones de este fenómeno.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/483 ===== ***

Nº de registro: 0483

Título
CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Autores:
AGUILAR EZQUERRA ANDRES, HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, RODA ROJO VICTOR, PEREZ JIMENO NURIA, LOPEZ SUBIAS JORGE, HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología ingresan anualmente un gran número de fracturas osteoporóticas (cerca de 600, sólo de cadera). Del mismo modo, resulta elevado el número de pacientes que sufrirán una segunda e incluso tercera fractura de las mismas características a lo largo de su vida. En la actualidad, existen medidas farmacológicas que han demostrado su efectividad en la disminución de la aparición de nuevas fracturas de este tipo. Sin embargo, la cantidad de pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento para su enfermedad osteoporótica, en el momento de su ingreso, es escaso, así como el número de los mismo a los que se les inicia tratamiento al alta. El proyecto persigue la implantación de un protocolo de tratamiento y seguimiento posthospitalario, con el objetivo de disminuir la incidencia de nuevas fracturas. A medio/largo plazo, se buscaría información sobre la efectividad de la pauta aplicada, así como de su rendimiento coste/beneficio.

RESULTADOS ESPERADOS
Asegurar un correcto manejo de la enfermedad osteoporótica al alta, en el paciente ingresado por fractura osteoporótica del anciano: fémur proximal, vertebral, radio distal y húmero proximal, instaurando, manteniendo o modificando tratamiento farmacológico, en los casos en los que esté indicado.
Disminuir así el número de segundas y terceras fracturas de este tipo a medio/largo plazo.

MÉTODO
Recopilar la información sobre el estado actual de las distintas guías de actuación en el paciente osteoporótico. Comprobar el porcentaje de pacientes que al ingreso reciben tratamiento.
Revisar el porcentaje de pacientes a los que se les prescribe tratamiento al alta en la actualidad.
Creación de un protocolo de tratamiento adecuado a las características del paciente, aplicable en nuestro entorno laboral.
Aplicación del citado protocolo al alta hospitalaria.
Comprobación, a través de la historia clínica electrónica y/o telefónicamente, de la adhesión al mismo y de la aparición de nuevas fracturas a medio/largo plazo.

INDICADORES
Número de fracturas osteoporóticas ingresadas en el tiempo de desarrollo del proyecto en el anciano (mayor de 65 años, fractura de baja energía vertebral, de fémur proximal, radio distal y húmero proximal).
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al inicio del estudio.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al inicio del estudio.
Porcentaje de dicho tratamiento que se ajusta al protocolo elaborado.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al finalizar el primer año del proyecto.
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al finalizar el primer año del estudio.
Número de fracturas posteriores con/sin aplicación del protocolo (a medio/largo plazo)

DURACIÓN
Inicio: Octubre 2016, final Septiembre 2017. Prorrogable para seguimiento a medio/largo plazo

Octubre/Noviembre/: Revisión bibliográfica sobre el tratamiento actual de la osteoporosis. Redacción de un protocolo actual para el manejo del mismo en prevención secundaria. Registro de los ingresos por fractura osteoporótica en mayores de 65 años, como grupo control.

Diciembre/Enero 2016: Estudio de la situación actual: porcentaje de pacientes con tratamiento al ingreso, porcentaje de los mismos ajustado a las recomendaciones actuales. Número de pacientes con tratamiento adecuado al alta.

Febrero/Septiembre 2017: Aplicación del protocolo redactado a los pacientes que cumplan criterios de inclusión.

Septiembre/Octubre 2017: Repetir estudio de número de pacientes con correcto tratamiento al alta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ANDRES AGUILAR EZQUERRA
· 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.

HAMAM ALCOBER SAMI
HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO
MARTINEZ AZNAR CARMEN
CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se prosiguió con el tratamiento pautado en el año anterior en consonancia con los componentes del Proceso de Fractura Osteoporótica de Cadera (Traumatología, Medicina Interna, Anestesia, Unidad Sociosanitaria, Rehabilitación)

Se cuantificó el número de pacientes que ingresaron por sufrir una fractura de cadera osteoporótica en el periodo de tres meses similar al año anterior, para poder realizar una comparación de los resultados; recogiendo datos en cuanto al tratamiento para la osteoporosis que tenían pautado antes del ingreso.

Tras su intervención quirúrgica, se pautó el tratamiento mencionado y mediante entrevista telefónica o clínica se hizo el seguimiento para comprobar el cumplimiento a los 6 meses del alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Del total de 153 pacientes ingresados en el periodo de estudio, un 29,2% tomaban tratamiento para la osteoporosis de manera domiciliaria. Se implantó el tratamiento antiosteoporótico anteriormente comentado, haciendo un seguimiento a los 6 meses del alta. Durante el periodo de seguimiento 13 pacientes fallecieron, no pudiéndose recabar datos al respecto del cumplimiento farmacéutico; y 6 pacientes eran menores de 65 años. De los pacientes restantes, a los 6 meses del alta hospitalaria el 34,2% cumplían el tratamiento en su totalidad, el 31,4% lo hacían de manera parcial, tomando solamente alguno de los fármacos prescritos, y el 34,2% lo incumplían en su totalidad no tomando ninguno de los fármacos prescritos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la realización de este proyecto se ha objetivado un muy bajo número de pacientes que tomaban tratamiento antiosteoporótico antes del ingreso. Dada la importancia socioeconómica que las fracturas de cadera representan, habría que estudiar los motivos por los que los pacientes en riesgo no toman un tratamiento adecuado. Asimismo, pese a la implantación de un tratamiento consensuado con los integrantes del Proceso de fractura de cadera del anciano, se aprecia un alto porcentaje de falta de adherencia total o parcial al tratamiento al final del seguimiento. Comparando estos resultados con los obtenidos en los mismos del año 2017, se observa una importante mejora en las cifras respecto a la población que tomaba tratamiento antiosteoporótico al ingreso (29,2% en 2018 respecto a 7,7% en 2017), lo que puede ser debido a la concienciación de la población sobre la importancia de la osteoporosis. Al alta hospitalaria, solamente un 10% no recibieron tratamiento antiosteoporótico, cifra que muestra el cumplimiento de los protocolos instaurados a nivel hospitalario. En el seguimiento a 6 meses, la proporción de pacientes que tomaba el tratamiento de manera parcial ha aumentado levemente (25,2% frente a 31,4% en 2018), mientras que el tratamiento en su totalidad lo han tomado el 34,2% frente al 45,3% en 2017. La tasa de incumplimiento total del tratamiento ha aumentado también de forma leve (34,2% en 2018 frente a 29,4% en 2017). Con todo esto podemos concluir que en los pacientes estudiados la prescripción de fármacos antiosteoporóticos al ingreso ha mejorado claramente, aunque todavía un elevado porcentaje de pacientes no cumple la terapia parcial o totalmente a los 6 meses de la fractura de cadera osteoporótica. Esto puede ser debido varios factores que convendría estudiar, como las patologías concomitantes de estos pacientes, su institucionalización al alta o el delicado estado de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/483 ===== ***

Nº de registro: 0483

Título
CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

AGUILAR EZQUERRA ANDRES, HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, RODA ROJO VICTOR, PEREZ JIMENO NURIA, LOPEZ SUBIAS JORGE, HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología ingresan anualmente un gran número de fracturas osteoporóticas (cerca de 600, sólo de cadera). Del mismo modo, resulta elevado el número de pacientes que sufrirán una segunda e incluso tercera fractura de las mismas características a lo largo de su vida. En la actualidad, existen medidas farmacológicas que han demostrado su efectividad en la disminución de la aparición de nuevas fracturas de este tipo. Sin embargo, la cantidad de pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento para su enfermedad osteoporótica, en el momento de su ingreso, es escaso, así como el número de los mismo a los que se les inicia tratamiento al alta. El proyecto persigue la implantación de un protocolo de tratamiento y seguimiento posthospitalario, con el objetivo de disminuir la incidencia de nuevas fracturas. A medio/largo plazo, se buscaría información sobre la efectividad de la pauta aplicada, así como de su rendimiento coste/beneficio.

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar un correcto manejo de la enfermedad osteoporótica al alta, en el paciente ingresado por fractura osteoporótica del anciano: fémur proximal, vertebral, radio distal y húmero proximal, instaurando, manteniendo o modificando tratamiento farmacológico, en los casos en los que esté indicado.
Disminuir así el número de segundas y terceras fracturas de este tipo a medio/largo plazo.

MÉTODO

Recopilar la información sobre el estado actual de las distintas guías de actuación en el paciente osteoporótico. Comprobar el porcentaje de pacientes que al ingreso reciben tratamiento. Revisar el porcentaje de pacientes a los que se les prescribe tratamiento al alta en la actualidad. Creación de un protocolo de tratamiento adecuado a las características del paciente, aplicable en nuestro entorno laboral. Aplicación del citado protocolo al alta hospitalaria. Comprobación, a través de la historia clínica electrónica y/o telefónicamente, de la adhesión al mismo y de la aparición de nuevas fracturas a medio/largo plazo.

INDICADORES

Número de fracturas osteoporóticas ingresadas en el tiempo de desarrollo del proyecto en el anciano (mayor de 65 años, fractura de baja energía vertebral, de fémur proximal, radio distal y húmero proximal).
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al inicio del estudio.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al inicio del estudio.
Porcentaje de dicho tratamiento que se ajusta al protocolo elaborado.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al finalizar el primer año del proyecto.
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al finalizar el primer año del estudio.
Número de fracturas posteriores con/sin aplicación del protocolo (a medio/largo plazo)

DURACIÓN

Inicio:Octubre 2016, final Septiembre 2017. Prorrogable para seguimiento a medio/largo plazo

Octubre/Noviembre/: Revisión bibliográfica sobre el tratamiento actual de la osteoporosis. Redacción de un protocolo actual para el manejo del mismo en prevención secundaria. Registro de los ingresos por fractura osteoporótica en mayores de 65 años, como grupo control.

Diciembre/Enero 2016: Estudio de la situación actual: porcentaje de pacientes con tratamiento al ingreso, porcentaje de los mismos ajustado a las recomendaciones actuales. Número de pacientes con tratamiento adecuado al alta.

Febrero/Septiembre 2017: Aplicación del protocolo redactado a los pacientes que cumplan criterios de inclusión.

Septiembre/Octubre 2017: Repetir estudio de numero de pacientes con correcto tratamiento al alta.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRESIONADOS

Fecha de entrada: 25/02/2019

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
CHARLEZ MARCO ALFREDO
LOSTE RAMOS ANTONIO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
TABUENCA SANCHEZ ANTONIO
RODRIGUEZ VELA JAVIER
CERDAN MORENO SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La principal actividad quirúrgica en la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet es la artrodesis de la columna lumbar en pacientes con patología degenerativa de columna lumbar. La artrodesis se consigue mediante la colocación de un montaje con tornillos películas es y barras metálicas y el aporte de injerto óseo hasta alcanzar la fusión de las articulaciones lumbares. En la mayor parte de los casos en estas cirugías es necesaria la ampliación del canal lumbar mediante la retirada del arco posterior de la vértebra y la liberación de las raíces nerviosas y elementos neutrales, esto es lo que definimos como descompresión.

El objetivo del trabajo planificado en 2016 (Z2 HOSP 500021 2016_0787A) era determinar las necesidades reales de transfusión en los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar de tres niveles con el fin de reducir el número de concentrados de hemátiles que de forma prequirúrgica se reservan para la realización de la cirugía.

Tras un año de trabajo no se encontraron diferencias en la necesidad de transfusiones en los pacientes intervenidos de artrodesis de tres y cuatro niveles, apareciendo otros factores que si podían determinar una mayor necesidad de transfusión destacando en especial el número de niveles a descomprimir, lo que nos hizo reorientar el proyecto y prolongar el estudio un año más.

Durante este último año, hemos continuado la recogida de pacientes intervenidos de artrodesis de columna lumbosacra con tres y cuatro niveles de fijación.

Para la recogida de datos se creó una base de Acces y posteriormente los datos fueron exportados a un archivo de Excel para su estudio.

De cada uno de los pacientes clasificado por su número de historia, se ha generado una tabla de Excel en la que se recogen datos de cada uno como edad, sexo, diagnóstico, número de niveles fijados, número de niveles descompresionados, valores de hematocrito (Hto) y hemoglobina (Hb) prequirúrgico y a las 24h postoperatorio, necesidad de transfusión, número de concentrados transfundidos. Así mismo se recogieron otros datos como patologías del paciente o tratamientos que pudieran condicionar un mayor sangrado y un apartado de observaciones en el que anotar incidencias de la cirugía que aumentasen la hemorragia intraoperatoria.

Para la realización del estudio se revisaron los partes quirúrgicos desde septiembre de 2016 hasta diciembre de 2018 con una diagnóstico o indicación quirúrgica lo más homogénea posible excluyendo aquellos casos que pudieran ser más discordantes por diagnóstico y procedimiento, hasta obtener una muestra de 100 pacientes.

Una vez recogidos los datos, se ha realizado una valoración de la variación de las cifras de hematocrito y de hemoglobina cuantificando el descenso medio de las mismas.

Posteriormente para la valoración de los datos se han establecido diferentes grupos de los pacientes, clasificándolos de la siguiente manera: Grupo por sexo, grupo por niveles de fijación, grupo por niveles de ampliación, grupo por niveles de fijación y ampliación, grupo de pacientes transfundidos.

A partir de estos grupos se han obtenido los resultados que a continuación presentamos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sobre un total de 100 pacientes intervenidos de artrodesis de columna lumbar con una fijación de tres y cuatro niveles, el diagnóstico principal ha sido el de estenosis de canal con 82 pacientes seguido de 12 casos de síndrome de estenosis de nivel adyacente y 6 revisiones quirúrgicas por pseudoartrosis.

Del total de 100 pacientes 58 son hombres y 42 mujeres con una mediana de edad en el grupo total de 65 años (32-82).

Hemos observado que la diferencia entre el hematocrito preoperatorio y el postoperatorio desciende una media de 11,45%, al mismo tiempo que los valores de hemoglobina descienden una media de 3.73 g/dL. Tan solo 12 pacientes presentan cifras de hemoglobina preoperatoria iguales o inferiores a 13,00 g/dL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRESIONADOS

En el grupo total, tan solo han sido necesarias 7 transfusiones (7%) de los pacientes con un total de 10 concentrados de hematíes. Las variaciones analíticas presentadas en este grupo fueron muy superiores a las de la media de la muestra con un descenso del 15,06% de hematocrito y de 4,56g/dL en Hb.

También se ha observado que en ninguno de los casos que ha sido necesaria la transfusión esta se ha realizado de forma urgente, es decir, durante la cirugía o en el postoperatorio inmediato, sino que se han realizado en base a analíticas realizadas a las 24h post cirugía.

Cuando realizamos una distribución por sexo, no encontramos diferencias significativas en el número de transfusiones entre hombre y mujeres con 3 y 4 transfusiones respectivamente, aunque, el descenso de hematocrito y hemoglobina ha sido mayor en los hombres (11,9% - 4,01g/dL) que en las mujeres (10,84% - 3.35g/dL).

Si seguimos una distribución por niveles de fijación, se observa que, el mayor número de cirugías corresponde a las de 3 niveles de fijación con 67 pacientes frente a los 33 de cuatro niveles. Si atendemos a la variación de las cifras analíticas encontramos que en ambos casos se separan muy poco de la media global, estando las de 3 niveles ligeramente por debajo (-11,25% y -3.64g/dL), mientras que las de 4 niveles se encuentran algo sobre la media (-11,86% y 3,92g/dL).

Al estudiar esta distribución llama la atención que el número de transfusiones es similar en ambos grupos cuando el número de pacientes es el doble en uno que en otro. Así, encontramos que en los 67 pacientes con fijación a tres niveles han precisado 4 transfusiones mientras que en 33 pacientes con 4 niveles de fijación han precisado 3 transfusiones. Esto nos puede hacer plantear que a mayor número de niveles fijados puede ser necesarios mayor número de transfusiones.

Mucho más llamativos son los resultados cuando realizamos una clasificación en función de niveles de ampliación. Así, los grupos con solo fusión sin ampliación (4 pacientes) y los de fusión con 1 nivel de ampliación (26 pacientes) en ningún caso han precisado de transfusión

postoperatoria presentando unos valores de descenso de hematocrito y hemoglobina por debajo de la media del grupo total.

Cuando valoramos el grupo de 2 niveles de descompresión encontramos que es el más numeroso con 52 pacientes y que las cifras medias de descenso en los valores analíticos están muy próximos a la media del grupo con Hto -11,38% y Hb -3,72g/dL precisando un total de 4 transfusiones.

En el caso del grupo de 3 niveles de descompresión con 18 pacientes presentan cifras analíticas muy superiores a la media con Hto -13,87% y Hb -4,34g/dL precisando 3 transfusiones. Esto nos hace pensar que las descompresiones a tres niveles son más agresivas, de más duración y con mayor riesgo de sangrado.

Esto nos resulta indicativo de que es el número de niveles a descomprimir el que condiciona el sangrado y por lo tanto la necesidad de reservar sangre para la cirugía.

Finalmente agrupamos los pacientes por niveles de fijación y de ampliación apreciando que no han sido necesarias transfusiones en ninguno de los pacientes que se han fusionado a tres y cuatro niveles y no se ha realizado ampliación del canal raquídeo o solo se ha ampliado un nivel.

En estos 4 grupos se reúnen un total de 30 individuos con una media de descenso en los valores analíticos inferiores a la media entorno a descensos de 10,50% de Hto y 3,4g/dL de Hb.

Los resultados más interesantes aparecen al estudiar los grupos de dos y tres niveles de descompresión. El grupo más numeroso es el de tres niveles de fijación y 2 de ampliación, el tipo de cirugía más frecuente. Este grupo ha presentado un descenso de Hto de 11,29% y de Hb de 3,66 valores muy próximos a la media del grupo, siendo necesaria la transfusión en dos casos.

Si lo comparamos con el siguiente grupo tres niveles de fijación y tres niveles de descompresión, observamos que con casi cinco veces menos de población, ocho pacientes, han precisado el mismo número de transfusiones, 2, con un descenso en la analítica por encima de la media, 13,65% de Hto y 3,83g/dL de Hb. Lo que nos lleva a pensar que el factor realmente importante en la necesidad de transfusión es el número de niveles descomprimidos.

Algo similar ocurre en el grupo de fijación a cuatro niveles. En aquellos que han precisado descompresión a dos niveles, 13 pacientes, ha sido necesaria la transfusión en un caso. El descenso medio en los controles analíticos ha sido de -11,62% Hto y -3,91 g/dL Hb, valores ligeramente por encima de la media.

Del mismo modo en los 10 pacientes que han precisado una cirugía de fijación a cuatro niveles con descompresión de tres niveles, los descensos analíticos medios han sido de -14,05% Hto y de -4,75 g/dL Hb, valores muy superiores a la media y que han condicionado la necesidad de transfundir en dos casos.

Dado que el grupo de pacientes subsidiarios de cirugía de ampliación a dos niveles, es la cirugía más frecuente y por lo tanto el grupo más representativo y debido a que sus variaciones analíticas se encuentran muy próximas a la media, junto a que en ningún caso se ha precisado realizar la transfusión de forma urgente e independientemente del número de niveles a fusionar la reserva de concentrados de hematíes de forma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRESIONADOS

prequirúrgica puede ser necesaria en aquellos pacientes que presenten valores analíticos preoperatorios bajos.

Así para establecer el valor analítico mínimo preoperatorio para realizar la reserva de sangre preoperatoria, consideramos la diferencia analítica entre el valor de la hemoglobina preoperatoria de cada paciente y el descenso medio de hemoglobina obtenido en el estudio con $-3,73\text{g/dL}$, pudiendo determinar como valor analítico mínimo para no reservar sangre de forma preoperatoria los 13 g/dL de Hb.

Tampoco hemos podido encontrar relación con la toma de medicación antiagregante o anticoagulante por parte de los pacientes ni con la presencia de patologías de base que pudieran condicionar un mayor sangrado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Atendiendo a los resultados presentados en el apartado anterior podemos decir que:

1.- Consideramos que el principal factor a tener en cuenta a la hora de realizar transfusiones sanguíneas en pacientes con cirugía de ampliación y fijación lumbar ha de ser el del número de niveles a descomprimir. Esto se debe a que la ampliación condiciona mayor duración de la intervención, cirugías más agresivas y por lo tanto mayor sangrado.

2.- No consideramos necesaria la reserva de sangre en pacientes subsidiarios de cirugía de columna lumbar que no precisen ampliación del canal lumbar o solo la requieran en un único nivel. Esto se debe a que las variaciones analíticas medias se encuentran por debajo de la media del grupo total y en el estudio no han precisado ninguna transfusión.

3.- Consideramos Necesaria la reserva de sangre en todos los pacientes subsidiarios de una cirugía que suponga una ampliación de tres niveles, independientemente del número de niveles a artrodesis. Es este grupo el que presenta mayor descenso en las cifras analíticas y el que más reservas de hematies ha consumido.

4.- En los pacientes subsidiarios de cirugía de ampliación a dos niveles, independientemente del número de niveles a fusionar consideramos necesaria la reserva de sangre preoperatorio si presentan un valor de Hb en la analítica preoperatorio igual o inferior a 13 g/dL .

5.- Si seguimos estas consideraciones tan solo hubiera sido necesario reservar concentrados de hematies en 11 casos que presentan cifras de Hb preoperatoria menor o igual de 13 g/dL y son subsidiarios de cirugías de ampliación a dos y tres niveles. Esto hubiera conllevado un importante ahorro tanto en recursos económicos como humanos.

7. OBSERVACIONES.

Para el desarrollo y puesta en marcha de este proyecto es necesaria la aceptación y colaboración por parte del servicio de anestesia, tanto para la preparación de los pacientes con sus protocolos de optimización como para determinar necesidades especiales en algún paciente y ser planteado como un protocolo clínico consensuado y aprobado por la dirección del centro.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/787 ===== ***

Nº de registro: 0787

Título
AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

Autores:
PEÑA JIMENEZ DIEGO, CHARLEZ MARCO ALFREDO, LOSTE RAMOS ANTONIO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, TABUENCA SANCHEZ ANTONIO, RODRIGUEZ VELA JAVIER, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CERDAN MORENO SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: patología degenerativa de columna vertebral
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Ahorro economico en base a un mejor uso de los recursos

PROBLEMA
La principal actividad quirúrgica de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet se basa en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS

la artrodesis lumbar en los casos de patología degenerativa de columna lumbar con 172 casos en el año 2015.

Este tipo de cirugía se realiza mediante un abordaje lumbar posterior, con la esqueletización vertebral, ampliación del canal vertebral, la fijación mediante tornillos pediculares, el aporte de injerto óseo autólogo sobre un lecho sangrante y los drenajes aspirativos, producen una considerable pérdida de sangre, lo que ha hecho que como requisito para la realización de estas cirugías se solicite la reserva de dos concentrados de hemáties.

En nuestra experiencia clínica hemos apreciado que la necesidad de transfusión en este tipo de intervenciones es mucho menor que el volumen de concertados hemáticos que es preciso solicitar, siendo un factor determinante el número de niveles de fusión vertebral. Así, es más necesario el número de transfusiones en las cirugías que comprometen a tres o más niveles (49 casos), mientras que suele ser excepcional en cirugías de un nivel (54 casos) y dos niveles (51 casos), como se demostró en nuestro proyecto de calidad de la convocatoria anterior con solo 3 transfusiones (a las 24h, ninguna intraoperatoria) en 115 pacientes.

Así mismo en este proyecto se tomó como grupo control los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar de tres niveles (49 pacientes) en los que se apreció una baja tasa de transfusiones (3 casos), aunque debido al número de pacientes no es posible establecer una valoración definitiva, tan sólo un dato observacional al que nos proponemos dar explicación en este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es cuantificar las necesidades reales de transfusión sanguínea y valorar la variación en las cifras de hematocrito y hemoglobina del postoperatorio inmediato respecto a las iniciales preoperatorios en las artrodesis lumbares de tres niveles.

De forma secundaria se intentaran identificar otros elementos que pueden condicionar la necesidad tales como niveles a descomprimir, patologías intercurrentes o medicaciones.

Finalmente estimar el potencial ahorro y reducción del consumo de recursos que se obtendría de no realizar la reserva de concentrados de sangre y los valores de Hemoglobina y hematocrito preoperatorios que aumentan el riesgo de transfusión.

MÉTODO

Se recogerán los datos en los pacientes en una tabla de excel para su estudio estadístico

Los datos a recoger de cada paciente serán:

- Número de Historia
- Edad
- Sexo
- Hematocrito preoperatorio
- Hemoglobina preoperatoria
- Hematocrito postoperatorio
- Hemoglobina postoperatoria.
- Necesidad de transfusión postoperatoria (Si/No)
- Volumen de mililitros transfundidos
- Medicaciones habituales que alteren la coagulación.
- Patologías y condiciones físicas que supongan un mayor riesgo de sangrado.
- Incidencias quirúrgicas que hayan generado un mayor sangrado.
- Número de niveles descomprimidos.

INDICADORES

Los indicadores a controlar serán:

- 1.- Número de concentrados transfundidos.
- 2.- Variación de los parámetros analíticos de hematocrito y hemoglobina entre el preoperatorio y el postoperatorio.

Esta evaluación se realizará de forma sistemática al ingreso del paciente y a las 24h tras la cirugía, sin despreciar ningún paciente que precise de transfusión más allá del primer control analítico a las 24 horas, considerando el valor de la analítica previa a la transfusión como el que debe ser incluido en el estudio.

- 3.- Medicaciones, patologías o condiciones físicas del paciente que pueden generar mayor sangrado estableciéndolos como posibles factores de riesgo.
- 4.- Número de niveles descomprimidos como factor quirúrgico principal que puede aumentar el sangrado.
- 5.- Incidencias quirúrgicas que hayan provocado un mayor sangrado y hagan necesario excluir a los pacientes del estudio para una normalización del mismo

DURACIÓN

Se estima el comienzo del estudio con la normalización del ritmo de la actividad quirúrgica en el mes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRESIONADOS

enero de 2017, tras el periodo navideño y su desarrollo durante un plazo de un año, estableciendo controles periódicos a los 3, 6 y 9 meses.

Con el fin de ampliar el número de pacientes se pueden incluir en este proyecto los 49 pacientes tomados como grupo control en el proyecto de mejora de la convocatoria anterior y que cumplen todos los requisitos previstos para el proyecto actual.

OBSERVACIONES

En el estudio han sido desestimados las cuantificaciones de sangrado intraoperatorias y la productividad de los drenajes ya que el empleo de abundante suero para lavado intraoperatorio cuyo residuo se evacua posteriormente en los drenajes y la utilización de gasas y compresas durante la cirugía condicionan estos valores como estimados y no reales, siendo más útil la valoración de los parámetros analíticos postoperatorios.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

Fecha de entrada: 13/02/2018

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.

CHARLEZ MARCO ALFREDO
LOSTE RAMOS ANTONIO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
TABUENCA SANCHEZ ANTONIO
RODRIGUEZ VELA JAVIER
MARTINEZ AZNAR CARMEN
CERDAN MORENO SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el estudio se han cuantificado las necesidades reales de transfusión sanguínea en los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar a tres niveles.

Se estableció como población Diana los pacientes subsidiarios de artrodesis lumbar a tres niveles y un grupo control aquellos pacientes subsidiarios de artrodesis lumbar a cuatro niveles.

Dado el escaso número de pacientes para obtener un tamaño muestral suficiente se incorporaron pacientes ya recogidos en un estudio previo, así, se incorporaron pacientes intervenidos desde septiembre de 2015 hasta diciembre de 2017.

Para estos pacientes se realizó un formulario Acces de recogida de datos en especial los valores de hemoglobina y hematocrito pre y postquirúrgicos, la necesidad de transfusión y el número de concentrados utilizados junto a otros datos como las patologías médicas y tratamientos para la coagulación de la sangre y el número de niveles descomprimidos.

Con todos estos datos se estudió la diferencia entre los valores pre y postquirúrgicos y la relación con el número de transfusiones, de niveles ampliados, de tratamientos previstos y de patologías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En un total de 96 pacientes recogidos (73 de 3 niveles y 23 de 4 niveles), fueron necesarias 8 transfusiones, (14 concentrados de hematíes)

Encontramos un descenso medio de 10,570 puntos en el hematocrito y 3,557 puntos en la hemoglobina. En el grupo de tres niveles ese descenso será de 10,393 y 3,304 respectivamente mientras que en el de 4 niveles era de 11,139 y 3,726 sin poder establecer una relación estadísticamente significativa.

Tampoco se pudo establecer relación significativa entre la necesidad de transfusión o la variación de hematocrito y hemoglobina respecto a la presencia de patologías del paciente, sexo, edad o tratamientos para la coagulación.

Durante la realización del estudio se apreció que, aunque no teniendo valores significativos se podía establecer cierta relación entre la variación de las cifras de hematocrito y hemoglobina respecto al número de niveles descomprimidos para un mismo número de niveles fijados. Así, por ejemplo, para tres niveles de fijación las cifras de hematocrito y hemoglobina para un nivel de descompresión eran de 9,821 y 3,330 unidades frente a los 10,235 y 3,440 de dos niveles y los 12,978 y 4,400 de tres niveles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque sin ser estadísticamente significativa se puede establecer una relación entre el número de niveles fusionados y:

- La variación en las cifras de hematocrito y de hemoglobina en las artrodesis de tres y cuatro niveles.
- La necesidad de transfusión en las artrodesis tres y cuatro niveles.

No se puede determinar la necesidad real de transfusiones y con ello tampoco el planteamiento de ahorro de recursos que supondría no reservar concentrados de hematíes en función de unos valores medios de hematocrito y hemoglobina debido a dos condicionantes:

- El pequeño tamaño muestral en los diferentes grupos de fusión, que no nos permite inferir resultados extrapolables a la población total.
- La necesidad unificar diferentes diagnósticos y niveles de fusión para alcanzar cifras muestrales razonables.

Cabe destacar la posible relación entre el número de niveles vertebrales descomprimidos y la mayor variación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

en cifras de hematocrito y hemoglobina, así como la necesidad de transfusiones.

7. OBSERVACIONES.

Con todo esto, se puede plantear continuar el estudio en próximos ejercicios intentando alcanzar un tamaño muestral suficiente para extrapolar los resultados a la población y reorientar la evaluación de los datos en función no solo de los niveles fusionados, sino también en función del número de niveles descomprimidos y del diagnóstico inicial, acotando el estudio solo a procedimientos de artrodesis primaria, ya que la inclusión de otros tipos de cirugías puede alterar los resultados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/787 ===== ***

Nº de registro: 0787

Título
AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

Autores:
PEÑA JIMENEZ DIEGO, CHARLEZ MARCO ALFREDO, LOSTE RAMOS ANTONIO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, TABUENCA SANCHEZ ANTONIO, RODRIGUEZ VELA JAVIER, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CERDAN MORENO SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: patología degenerativa de columna vertebral
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Ahorro economico en base a un mejor uso de los recursos

PROBLEMA

La principal actividad quirúrgica de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet se basa en la artrodesis lumbar en los casos de patología degenerativa de columna lumbar con 172 casos en el año 2015.

Este tipo de cirugía se realiza mediante un abordaje lumbar posterior, con la esqueletización vertebral, ampliación del canal vertebral, la fijación mediante tornillos pediculares, el aporte de injerto óseo autólogo sobre un lecho sangrante y los drenajes aspirativos, producen una considerable pérdida de sangre, lo que ha hecho que como requisito para la realización de estas cirugías se solicite la reserva de dos concentrados de hemáties.

En nuestra experiencia clínica hemos apreciado que la necesidad de transfusión en este tipo de intervenciones es mucho menor que el volumen de concertados hemáticos que es preciso solicitar, siendo un factor determinante el número de niveles de fusión vertebral. Así, es más necesario el número de transfusiones en las cirugías que comprometen a tres o más niveles (49 casos), mientras que suele ser excepcional en cirugías de un nivel (54 casos) y dos niveles (51 casos), como se demostró en nuestro proyecto de calidad de la convocatoria anterior con solo 3 transfusiones (a las 24h, ninguna intraoperatoria) en 115 pacientes.

Así mismo en este proyecto se tomó como grupo control los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar de tres niveles (49 pacientes) en los que se apreció una baja tasa de transfusiones (3 casos), aunque debido al número de pacientes no es posible establecer una valoración definitiva, tan sólo un dato observacional al que nos proponemos dar explicación en este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es cuantificar las necesidades reales de transfusión sanguínea y valorar la variación en las cifras de hematocrito y hemoglobina del postoperatorio inmediato respecto a las iniciales preoperatorios en las artrodesis lumbares de tres niveles.

De forma secundaria se intentaran identificar otros elementos que pueden condicionar la necesidad tales como niveles a descomprimir, patologías intercurrentes o medicaciones.

Finalmente estimar el potencial ahorro y reducción del consumo de recursos que se obtendría de no realizar la reserva de concentrados de sangre y los valores de Hemoglobina y hematocrito preoperatorios que aumentan el riesgo de transfusión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

MÉTODO

Se recogerán los datos en los pacientes en una tabla de excel para su estudio estadístico

Los datos a recoger de cada paciente serán:

- Número de Historia
- Edad
- Sexo
- Hematocrito preoperatorio
- Hemoglobina preoperatoria
- Hematocrito postoperatorio
- Hemoglobina postoperatoria.
- Necesidad de transfusión postoperatoria (Si/No)
- Volumen de mililitros transfundidos
- Medicaciones habituales que alteren la coagulación.
- Patologías y condiciones físicas que supongan un mayor riesgo de sangrado.
- Incidencias quirúrgicas que hayan generado un mayor sangrado.
- Número de niveles descomprimidos.

INDICADORES

Los indicadores a controlar serán:

- 1.- Número de concentrados transfundidos.
- 2.- Variación de los parámetros analíticos de hematocrito y hemoglobina entre el preoperatorio y el postoperatorio.

Esta evaluación se realizará de forma sistemática al ingreso del paciente y a las 24h tras la cirugía, sin despreciar ningún paciente que precise de transfusión más allá del primer control analítico a las 24 horas, considerando el valor de la analítica previa a la transfusión como el que debe ser incluido en el estudio.

- 3.- Medicaciones, patologías o condiciones físicas del paciente que pueden generar mayor sangrado estableciéndolos como posibles factores de riesgo.
- 4.- Número de niveles descomprimidos como factor quirúrgico principal que puede aumentar el sangrado.
- 5.- Incidencias quirúrgicas que hayan provocado un mayor sangrado y hagan necesario excluir a los pacientes del estudio para una normalización del mismo

DURACIÓN

Se estima el comienzo del estudio con la normalización del ritmo de la actividad quirúrgica en el mes de enero de 2017, tras el periodo navideño y su desarrollo durante un plazo de un año, estableciendo controles periódicos a los 3, 6 y 9 meses.

Con el fin de ampliar el número de pacientes se pueden incluir en este proyecto los 49 pacientes tomados como grupo control en el proyecto de mejora de la convocatoria anterior y que cumplen todos los requisitos previstos para el proyecto actual.

OBSERVACIONES

En el estudio han sido desestimados las cuantificaciones de sangrado intraoperatorias y la productividad de los drenajes ya que el empleo de abundante suero para lavado intraoperatorio cuyo residuo se evacua posteriormente en los drenajes y la utilización de gasas y compresas durante la cirugía condicionan estos valores como estimados y no reales, siendo más útil la valoración de los parámetros analíticos postoperatorios.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0788

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ADRIAN MARTIN MARTINEZ
· 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.

PEÑA JIMENEZ DIEGO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
LOSTE RAMOS ANTONIO
GARCIA CANOVAS NOELIA
SANZ ROMERO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En consultas hemos identificado las principales dudas de pacientes y familiares respecto a su patología y tratamiento siendo la principal preocupación la capacidad funcional a largo plazo. A corto plazo los pacientes presentan preocupación por la actividad física que pueden realizar mientras que las familias ponen el foco en la posibilidad de progresión de la curva. En lo referente al tratamiento los pacientes aceptan en diferente grado el tratamiento ortopédico mientras que los familiares lo toman como seguro y definitivo a pesar de que se les explica su amplia variabilidad de resultados. La indicación de tratamiento quirúrgico es mejor aceptada por el paciente que realiza preguntas respecto al dolor y capacidad funcional después de operar, frente a las familias que presentan dudas sobre los riesgos de la cirugía.

En la planta durante el ingreso se ha podido observar una situación de ansiedad a la llegada por la incertidumbre y desconocimiento de los pasos a seguir y durante el tiempo de la cirugía, así como los pasos a seguir tras el alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez identificados las principales preguntas y dudas hemos realizado un tríptico informativo en el que de forma clara y precisa se explica la patología, la valoración diagnóstica, los diferentes tratamientos y la situación funcional posterior. Así mismo hemos ido adaptando nuestra explicación en la consulta a dar respuesta a las cuestiones sin separarnos de lo planteado en ese documento, que está pendiente de valoración oficial para ser entregado a los usuarios.

Así mismo hemos intentado disminuir la ansiedad de paciente y sobre todo familiares de cara al ingreso, así, se les cita en consulta de forma previa a la cirugía y se les explican los pasos a seguir durante el preoperatorio e ingreso. El día del ingreso son reevaluados por cirujanos, anestesistas y por el personal de enfermería de quirófano con el fin de establecer un mayor vínculo con el paciente y familia. Durante el proceso de la cirugía se realizan llamadas telefónicas a la familia de los pacientes (cada 2 horas aproximadamente) coincidiendo con los principales pasos de la cirugía y con el final de la misma. Una vez finalizada antes de que el paciente pase a la unidad de reanimación se autoriza a la familia a ver al paciente y se les informa del proceso quirúrgico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que la información recogida en tríptico nos resulta útil como facultativos para mostrar un discurso homogéneo y aclara dudas habituales y evitar el sesgo de la información que reciben familia y pacientes por otros medios

Así mismo consideramos que el contacto del personal de quirófano con el paciente y la familia al ingreso y de forma previa a la cirugía disminuye la ansiedad del momento y la comunicación periódica con la familia durante la cirugía, genera cierto grado de confort y seguridad con el equipo médico,

7. OBSERVACIONES.

En el momento actual estamos pendientes de presentar el tríptico informativo para su aceptación, así como de un segundo tríptico informativo referente al proceso de ingreso y cirugía

Por otro lado, estamos pendientes de la realización de un formulario de valoración de la satisfacción de los pacientes y familiares respecto a su patología, el tratamiento y la relación con los profesionales.

Atendiendo al escaso número de pacientes que se interviene de escoliosis es posible que pueda ser necesario tras cumplir los 12 meses restantes de estudio, prolongar un tiempo mayor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0788

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

*** ===== Resumen del proyecto 2016/788 ===== ***

Nº de registro: 0788

Título
MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores:
MARTIN MARTINEZ ADRIAN, PEÑA JIMENEZ DIEGO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, LOSTE RAMOS ANTONIO, GRACIA CANOVAS ISABEL NOELIA, SANZ ROMERO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE
Línea Estratégica : Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La escoliosis idiopática del adolescente (EIA) es una entidad patológica que afecta a niños en edad de crecimiento. Su tratamiento necesita la participación del paciente y de su familia.

Establecer el diagnóstico de EIA supone en muchos casos generar una situación de confusión y ansiedad en especial en los padres que son los que deben tomar la decisión sobre la salud de sus hijos.

Plantear un tratamiento ortopédico largo y tedioso mediante el empleo del corsé que genera en ocasiones el rechazo por parte del joven y el conflicto entre padres e hijos.

La indicación de la cirugía que supone el fracaso de los tratamientos previos y reorientar la situación generando nuevas dudas e incertidumbres que se ven agravadas por la firma del consentimiento informado.

El momento de la cirugía: El miedo a una cirugía cercana a las ocho horas con importantes riesgos y la separación del paciente/familia durante más de 12 horas, la evolución posterior y el régimen de vida a corto y largo plazo suponen dudas y estrés.

Estas dudas llevan a buscar información sobre la patología y los tratamientos de la misma. En la era de la comunicación en la que vivimos, el acceso a la información es extremadamente sencillo, pero el problema reside en la calidad, el rigor y el criterio de esa gran cantidad de información disponible, lo que en muchas ocasiones supone interpretaciones que no se ajustan a la realidad de la patología o de su tratamiento y que dificultan la comunicación entre paciente, familia y profesionales.

El alcanzar una mejora en la comunicación dentro del proceso de la escoliosis creemos que puede suponer una mejora en el cumplimiento de los tratamientos ortopédicos, una mejora en la relación entre el paciente, la familia y el personal sanitario y una mayor seguridad del paciente y la familia para hacer frente a la patología y su tratamiento y no limitarnos a la información legal necesaria incluida en el consentimiento informado. En resumen una mejora en la Calidad de la Asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es buscar nuevos métodos de comunicación para aportar una información clara, comprensible, rigurosa y suficiente a los pacientes y familias para comprender el proceso de la EIA, tomar decisiones y saber lo que ocurre en cada momento de dicho proceso reduciendo la ansiedad e incertidumbre. Mejorar la calidad de la asistencia a partir de una mejora en la comunicación.

MÉTODO

El procedimiento a seguir para alcanzar los objetivos ha sido planteado de la siguiente manera:

Identificar las dudas más frecuentes, los puntos que precisan de más aclaraciones y los momentos que generan mayor ansiedad para darles respuesta.

Establecer una pauta homogénea de información oral para los profesionales sobre la patología, sus tratamientos y evolución, en la que se recojan los puntos ya establecidos como dudas más frecuentes y se les dé respuesta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0788

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Crear un soporte físico de información para el paciente y la familia, (A valorar en forma de tríptico o de archivo informático de imagen y texto ...) en el que se recoja de forma clara, rigurosa y comprensible la suficiente información sobre la patología, la evolución de la misma, los tratamientos y objetivos y aclaraciones de la dudas más frecuentes, así como un calendario de revisiones y controles del paciente, la cirugía, valoración anestésica, el ingreso y vida al alta y controles posteriores.

Establecer un contacto entre el paciente-familia y los profesionales que van a atenderle y establecer un canal de comunicación con la familia en especial durante la cirugía.

INDICADORES

Se realizará mediante encuestas diferentes dirigidas a familiares y pacientes en los que se evalúe tres parámetros en distintos momentos del seguimiento, (control en consultas a los 6 meses, previa a la cirugía y al alta). Los parámetros a valorar son:

Conocimientos aportados sobre la patología y su tratamiento.

Cumplimiento entre lo planificado y lo que se ha ajustado a la realidad del seguimiento.

Grado de satisfacción y calidad de la atención recibida

Así mismo en dichas encuestas se puede incluir un apartado de "sugerencias" que nos ayuden a mejorar y corregir mientras se realiza el proyecto.

DURACIÓN

El desarrollo del proyecto puede requerir de un periodo de tiempo no inferior a los 18 meses. Habitualmente los pacientes que se intervienen de escoliosis anualmente suelen ser unos 20 de los cuales no todos aunque sí la mayoría son EIA.

En 2-3 meses es posible tener identificadas los puntos más conflictivos y haber realizado los materiales de información. Estableciendo un calendario de recogida de datos a partir de los 6,12, y 18 meses posteriores con la interpretación de los resultados en dichos momentos y un posible balance final a los 24 meses.

OBSERVACIONES

En lo referente al soporte físico de la información consideramos que puede ser más útil un soporte informático en forma de archivo PDF en el que se incluyan imágenes y textos. Este soporte puede ser explicado en consultas, enviado a una dirección de e-mail o bien en una memoria USB del paciente con un coste cero.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0805

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS CABALLERO BURBANO
· 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.

MARTINEZ DELGADO FERNANDO
CAMIN GOMEZ ANA
LATAPIA RALUY RAQUEL
LUNA TORRES CARMEN
ALDABAS SORIANO SILVIA
MIGUEL CIHUELO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

OBJETIVO 1: MEJORAR GESTIÓN DE LAS AGENDAS DE CONSULTAS EXTERNAS

- El Dr. Martínez Delgado se reunió con el Servicio de Admisión para solicitar la modificación de las agendas consultas externas.

- La Dra Caballero realizó formato de informe específico de la UR de alta de proceso de consultas externas

OBJETIVO 2: MEJORAR COMUNICACIÓN DE INDICACIONES DE MANEJO DEL POSTOPERATORIO INMEDIATO ENTRE QUIRÓFANO Y PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

- Se realiza reunión entre FEAS UR y personal de enfermería de quirófono y planta de hospitalización para concretar la forma mas eficaz de comunicación de las instrucciones postoperatorias dictadas en quirófono para manejo en planta.

OBJETIVO 3: IMPLANTACION DE SISTEMATICA DE CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

- Se realiza un formato específico para registrar el dolor postoperatorio y control de analgesia de rescate (Dr Martínez) y la Supervisora Carmen Luna informa a todo el personal de enfermería de su existencia y obligatoriedad de cumplimentarlo.

- Evaluación de las encuestas

OBJETIVO 4: OBTENER ALTO GRADO DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

- Elaboración de un formato de registro de satisfacción del paciente

- Se realiza reunión informativa con personal de enfermería de la planta que deberá entregar y recoger a cada paciente dicho formato.

- Análisis de las encuestas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

REVISION DE MARCADORES (Fórmulas aplicadas y método explicado en el proyecto inicial)

* Porcentaje de consultas con >25 pacientes: 52%.

OBJETIVO NO CUMPLIDO por ser > 10%

* Porcentaje de pacientes citados sin historia clínica: 2,54%

OBJETIVO CUMPLIDO por ser > 5%

* Porcentaje de pacientes dados de alta de planta con cita en consulta externa para revisión: 98'2%

OBJETIVO CUMPLIDO por ser > 95%

* Modificación de agenda de las consultas externas para albergar pacientes de alta hospitalaria: SI

OBJETIVO CUMPLIDO. Se acuerda realizar un formato en el que se recogerán los pacientes que deben ser citados tras el alta hospitalaria, el código de citación y la fecha de cita. Dicho formato será cumplimentado por la secretaria y enviado diariamente a citaciones.

* El informe específico de la UR de alta de proceso está hecho y se está utilizando ya en consultas de UR

OBJETIVO CUMPLIDO

* Porcentaje de intervenciones con instrucciones de manejo postoperatorio inexistentes o confusas: 2'3%

OBJETIVO CUMPLIDO por ser <5%

* Se comprueba la existencia de un formato específico para registrar el dolor postoperatorio y control de analgesia de rescate, por lo que el objetivo se ha cumplido.

* Porcentaje de pacientes con registro de dolor postoperatorio completo: 100%.

OBJETIVO CUMPLIDO por ser >90%

* La satisfacción con el tratamiento del dolor de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla ha sido de 4'68/5.

OBJETIVO CUMPLIDO por ser >3'5

* El grado de satisfacción en pacientes sometidos a prótesis total de rodilla ha sido de 4'57/5.

OBJETIVO CUMPLIDO por ser >3'5

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la revisión de los objetivos planteados para el año 2016 en nuestra Unidad, observamos que casi todos ellos han sido cumplidos. Tras nuevas revisiones hechas a lo largo del año 2017, hemos seguido cumpliéndolos y afianzándolos. Todo esto anima a la Unidad a continuar trabajando y a plantearnos nuevos objetivos ya presentes y futuros.

No obstante, queda pendiente conseguir que el número de pacientes citados en nuestras consultas sea controlado y se ajuste a los estándares marcados, por lo que hemos de continuar trabajando en ello.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0805

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

*** ===== Resumen del proyecto 2016/805 ===== ***

Nº de registro: 0805

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Autores:
CABALLERO BURBANO MARIA JESUS, MARTINEZ DELGADO FERNANDO, CAMIN GOMEZ ANA, LATAPIA RALUY RAQUEL, LUNA TORRES CARMEN, ALDABAS SORIANO SILVIA, MIGUEL CIHUELO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad De Rodilla del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la Unidad de Rodilla para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales. Nuestro planteamiento es: mantener la certificación 9001, recién implantada en nuestra Unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar gestión de las agendas de Consultas Externas
2. Mejorar comunicación de indicaciones de manejo del postoperatorio inmediato entre quirófano y planta de hospitalización
3. Implantación de sistemática de control del dolor postoperatorio por parte del personal de enfermería
4. Obtener alto grado de satisfacción en pacientes sometidos a Artroplastia total de rodilla

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

OBJETIVO 1

Acción/es	Responsable
Reunión con Sº de Admisión para abordar problema:	Dr. Martínez
Solicitud Modificación de Agendas:	Dr. Martínez
Elaboración Alta de Proceso:	Dra. Caballero
Disciplina en Citaciones:	Todo el Personal

OBJETIVO 2

Acción/es	Responsable
Puesta en Común Facultativos/ Enfermería:	Dra. Aldabas
Modificación Pautas de Tratamiento:	Dra. Aldabas
Disciplina en la redacción de tratamientos:	Todos F.E.A.

OBJETIVO 3

Acción/es	Responsable
Creación de Formato:	Dr. Martínez / R. Latapia
Reunión Informativa Enfermería:	C. Luna
Cumplimentación de Registros:	Todos D.U.E.s
Evaluación de Encuestas:	A. Camín/ R. Latakia

OBJETIVO 4

Acción/es	Responsable
Creación de Formato:	Dra. Caballero
Reunión Informativa Enfermería:	C. Luna

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0805

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Entrega y recogida de Registros.....Todos D.U.E.s
Evaluación de Encuestas.....Dr. Martínez

INDICADORES

OBJETIVO INDICADOR Y FÓRMULA

1.1.: Porcentaje de Consultas con más de 25 pacientes Citados
(Consultas con exceso/Total de consultas) x 100

Actual: N.C.; Objetivo:<10%

1.2.: Porcentaje de pacientes citados sin historia clínica

(Pacientes sin historia/Total de citas) x 100

Actual: N.C.; Objetivo: <5%

1.3.: Porcentaje de pacientes dados de alta desde planta con cita en consulta externa para revisión.

(Pacientes con cita /Total Altas de Hospitalización) x 100

Actual: N.C.; Objetivo: >95%

1.4.: Agendas modificadas para albergar pacientes de alta hospitalaria

Agenda Modificada (Sí/No)

Actual: No.; Objetivo: Si

1.5.: Existencia de Informe específico de la Unidad de Alta de Proceso para remitir a Atención Primaria

Informe Creado (Sí/No)

Actual: No.; Objetivo: Si

2.1.: Porcentaje de intervenciones con instrucciones de manejo postoperatorio inexistentes o confusas

(Instrucciones incorrectas/Total de Intervenciones) x 100

Actual:N.C.; Objetivo: <5%

3.1.: Existencia de Formato Específico para registrar dolor postoperatorio y control de analgesia de rescate (mórficos)

Formato existente (Sí/No)

Actual:No; Objetivo: Si

3.2.: Porcentaje de pacientes con registro de dolor postoperatorio completo

(Pacientes con registro/Total de Intervenciones) x 100

Actual:N.C.; Objetivo: >90%

3.3.: Satisfacción con el tratamiento del dolor de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla

Media de la? pregunta 5 Encuesta PTR / Total de Encuestas

Actual:N.C.; Objetivo: >3,5

4.1.: Satisfacción con el proceso de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla

Media de la? Puntuación Encuesta satisfacción PTR / Total de Encuestas

Actual:N.C.; Objetivo: >3,5

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017

Revisión por la Dirección: Abril 2017

Auditoria Externa: mayo/junio 2017

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

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

-Formación de los profesionales y sesiones de Unidad: Enero-Diciembre 2017

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: trimestral

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1401

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE CARLOS MARTIN HERNANDEZ
· 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.
PEREZ GARCIA JOSE MARIA
MATEO AGUDO JESUS JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha puesto en marcha la interconsulta virtual Atención Primaria- Servicio de Traumatología mediante plataforma electrónica disponible en la historia clínica electrónica que permite la comunicación bidireccional médico de AP-Facultativo especialista.
Se ha cumplido el cronograma mediante periodo de prueba inicial con dos centros de salud (San Pablo y Puerta del Carmen) entre abril y septiembre de 2017 y extensión a todos los centros de salud del Sector Zaragoza II a partir de octubre de 2017.
Se han llevado a cabo reuniones con los coordinadores y facultativos de los centros de salud y con dirección y subdirección de atención primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador: Porcentaje de interconsultas virtuales resueltas sobre el total de interconsultas realizadas. Resultado 100%.
Resolución de un 40% de procesos sin necesidad de consulta presencial en Traumatología.
Disminución de un 40% entre septiembre 2017 y diciembre 2017 en el número de solicitudes de consulta remitidas por atención primaria.
Disminución de la demora para primera consulta en el Servicio de Traumatología en CCMM de especialidades Ramón y Cajal y San José.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La interconsulta virtual ha permitido mejorar sensiblemente la derivación de pacientes desde atención primaria al Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet, constituyendo una herramienta versátil que permite una comunicación directa entre médico de Ap y especialista y una mayor agilidad en el tránsito del paciente entre niveles asistenciales

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1401 ===== ***

Nº de registro: 1401

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Autores:
MARTIN HERNANDEZ CARLOS, PEREZ GARCIA ANASTASIO JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La derivación de pacientes desde Atención Primaria al Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del HUMS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1401

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

y a sus Centros de especialidades Médicas se realiza a menudo sin haberse realizado el tratamiento previo adecuado o sin las pruebas complementarias pertinentes, lo que origina un incremento innecesario de la frecuentación de las consultas de Atención especializada y un aumento de las molestias generadas a los pacientes como consecuencia de ello. Por otra parte, algunos de los pacientes enviados a consulta especializada podrían beneficiarse de un tratamiento adecuado facilitado por el especialista sin necesidad de cambiar de nivel asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar continuidad asistencial

Aumentar la eficiencia y calidad en la gestión de las patologías del Aparato Locomotor.

Disminuir la demora del buzón de citaciones de las consultas externas del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS.

Facilitar la accesibilidad del paciente a las consultas externas del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS.

Población diana: Pacientes de los Centros de AP que van a ser derivados al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS.

MÉTODO

Una consulta diaria dedicada a evaluar y responder las interconsultas de derivación de los centros de salud del sector Zaragoza II al Servicio de COT del HUMS.

Reuniones periódicas con los centros de Atención Primaria para optimización y seguimiento del proyecto.

INDICADORES

Número de interconsultas resueltas / número de interconsultas realizadas. Estándar =100%

Tiempo medio de respuesta de las interconsultas. Estándar < 7 días

DURACIÓN

Durante todo el año 2017 se evaluará la efectividad del proyecto en dos centros de salud.

Inicio: Abril 2017

Fin: Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0485

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE VALENTIN YUSTE BENAVENTE
· 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.
NEGREDO QUINTANA ISABEL
JORDAN PALOMAR ELENA IRENE
LANZON LAGA ALBERTO
GONZALEZ RAMOS PEDRO
PARDO GARCIA INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Desde la puesta en marcha de este proyecto de mejora de calidad, se ha desarrollado una unidad interdisciplinar ginecología-cirugía plástica destinada a la reconstrucción vulvar inmediata tras vulvectomía.

- Cumpliendo las fechas previstas en el proyecto, se ha desarrollado un protocolo de evaluación preparatoria y reconstrucción inmediata. Dicho protocolo ha sido aprobado por la comisión de calidad del Hospital Universitario Miguel Servet y se encuentra disponible para todos los profesionales.

- Se han protocolizado las características de las paciente susceptibles de reconstrucción inmediata. Asimismo, se ha establecido la evaluación preparatoria sistemática de dichas pacientes por el Servicio de Cirugía Plástica, así como su reconstrucción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Desde la puesta en marcha del protocolo se han intervenido a 9 pacientes de vulvectomía uni o bilateral asociada a reconstrucción inmediata. Atendiendo a los indicadores establecidos en el proyecto:

- El 100% de las reconstrucciones vulvares realizadas fueron inmediatas.

- El 88'8% de las pacientes sometidas a reconstrucción inmediata fueron valoradas con anterioridad y en consultas externas por parte del Servicio de Cirugía Plástica.

Atendiendo a estos criterios, se ha cumplido hasta la fecha todos los objetivos establecidos en el proyecto de calidad. Se ha observado, asimismo, una reducción considerable en el tiempo de hospitalización de estas pacientes, debida a la menor necesidad de curas de enfermería. Estamos a la espera de obtener un mayor volumen de pacientes para realizar una comparación de la estancia media actual con respecto a la previa a este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El proyecto ha tenido unos resultados satisfactorios, suponiendo una reducción en costes sanitarios y una ganancia en calidad de vida considerables para estas pacientes.

- Se ha observado que muchas de las pacientes presentan carencias nutricionales secundarias a su avanzada edad y proceso oncológico, que pueden dificultar la correcta cicatrización postoperatoria. Se valorará la inclusión del estudio nutricional de las pacientes como parte de la valoración preparatoria por parte del Servicio de Cirugía Plástica.

- De cara a la realización del proyecto, cabría tener en cuenta que solo existe un servicio de cirugía plástica en nuestra comunidad, y que por tanto su extensión pasaría por dar a conocer dicha unidad a otros centros de nuestro entorno.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/485 ===== ***

Nº de registro: 0485

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0485

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

Autores:
YUSTE BENAVENTE VALENTIN, NEGREDO QUINTANA ISABEL, JORDAN PALOMAR ELENA IRENE, LANZON LAGA ALBERTO, GONZALEZ RAMOS PEDRO, PARDO GARCIA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las neoplasias/lesiones de vulva son un problema de salud frecuente en la población femenina y supone un gran número de consultas en los Servicios de Ginecología. Además, el Servicio de Ginecología del HUMS es el centro de referencia para el tratamiento de las neoplasias malignas de vulva en Aragón. El tratamiento de dichas neoplasias es sobre todo quirúrgico, requiriendo de la realización de una vulvectomía, hemivulvectomía, tumorectomía... Dichas intervenciones, debido a las características del procedimiento y los tejidos afectos, pueden asociarse con una alta incidencia de dehiscencia y defectos de cobertura del área intervenida.

Las complicaciones descritas, en los casos más graves, van a requerir del uso de colgajos regionales para su cobertura, que son valorados y seleccionados por el cirujano plástico en dependencia de las características del defecto. Sin embargo, al hallarse los defectos de cobertura de forma postoperatoria, la reconstrucción se realizará de forma diferida, lo cual supone una prolongación en la estancia hospitalaria de la paciente y, lo que es más importante, pueden retrasar la aplicación de otros tratamientos oncológicos como la radioterapia. Frente a esta situación, nos encontramos con la reconstrucción inmediata, que se realiza en el mismo acto quirúrgico que la extirpación tumoral, pero que requiere de la evaluación preoperatoria de las pacientes por el Servicio de Cirugía Plástica y de colaboración interdepartamental con el Servicio de Ginecología, debido a la necesidad de seleccionar la técnica reconstructiva previamente a la exéresis tumoral.

Debido a motivos organizativos y de coordinación, hasta ahora la mayoría de estas técnicas se realizan de forma diferida. Actualmente, el Servicio de Cirugía Plástica cuenta con la capacidad de realizarlas de forma inmediata, para lo cual es necesaria la implementación de un sistema de coordinación entre el Servicio de Ginecología y el Servicio de Cirugía Plástica.

Nuestra intención es implementar la evaluación preoperatoria por parte del Servicio de Cirugía Plástica de las pacientes que van a ser sometidas a cirugía de la vulva por parte del Servicio de Ginecología, en el Hospital Universitario Miguel Servet, así como la reconstrucción inmediata de dichas pacientes en caso de considerarse necesaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Evaluación preoperatoria de las pacientes sometidas a cirugía vulvar por parte del servicio de Cirugía Plástica.
- Que, dentro de las pacientes en las que se requiera una reconstrucción vulvar, la reconstrucción inmediata represente al menos un 75%.
- Lograr una colaboración estrecha entre los miembros de los Servicio de Ginecología y de Cirugía Plástica.

MÉTODO

- Protocolización de las características de aquellas pacientes valoradas por el Servicio de Ginecología para decidir su remisión al Servicio de Cirugía Plástica.
- Protocolización de la evaluación preoperatoria de las pacientes sometidas a cirugía de la vulva por parte del Servicio de Cirugía Plástica, así como de la reconstrucción inmediata y seguimiento postoperatorio por parte de dicho servicio.

INDICADORES

- Proporción de pacientes sometidas a vulvectomía y otras intervenciones sobre la vulva, que cumplen los criterios establecidos en el protocolo, evaluadas preoperatoriamente por parte del Servicio de Cirugía Plástica.
- Proporción de las pacientes sometidas a reconstrucción vulvar inmediata frente a diferida.

DURACIÓN

- Protocolización la reconstrucción vulvar inmediata en el Hospital Universitario Miguel Server antes de diciembre de 2016.
- Tras 6 meses de la realización de dicho protocolo y el inicio de dicha actividad, se realizará una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0485

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

evaluación de los indicadores establecidos.

- Tras 1 año se evaluarán nuevamente los indicadores establecidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMÁTICA DE QUEMADOS

Fecha de entrada: 19/02/2018

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.
MONCLUS FUERTES ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han estado centradas primero en la posibilidad real de poder llevar a cabo la consulta con los equipos informáticos que existen en la actualidad así como con el ancho de banda existente. La respuesta ha sido negativa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como ya he comentado en la actualidad NO se puede hacer este tipo de consulta con los equipos de los que disponemos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las posibilidades de efectuar videoconferencia en directo con los equipos informáticos actuales es nula, por lo que vamos a rediseñar el proyecto para empezar una fase de prueba con fotos enviadas a posteriori de los casos que se presenten.

Asímismo se van a actualizar los equipos en breve y veremos las expectativas que se presenten

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1440 ===== ***

Nº de registro: 1440

Título
CONSULTA TELEMÁTICA DE QUEMADOS

Autores:
AGULLO DOMINGO ALBERTO, MONCLUS FUERTES ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Quemados incluida en el Servicio de Cirugía Plástica del HUMS es una Unidad CSUR y de referencia desde hace años. La población que cubre radica en nuestra Comunidad Autónoma y Provincias/Comunidades limítrofes. Dadas las características de dispersión geográfica de Aragón muchos pacientes deben de desplazarse muchos kilómetros para ser evaluados en esta Consulta Especializada. La creación de esta Consulta Telemática evitaría muchos desplazamientos de muchos pacientes de fuera de Zaragoza con el consiguiente aumento de la satisfacción del paciente y la disminución de los costes del proceso

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de Consulta Telemática de Quemaduras
Población diana: todos aquellos pacientes de la Comunidad que han sufrido una lesión por quemadura cuyo domicilio está fuera de Zaragoza o hay una imposibilidad manifiesta de desplazamiento a la Consulta de Quemados y que precisan atención especializada

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMÁTICA DE QUEMADOS

Creación de la Consulta Telemática
Adecuación de equipos informáticos
Formación del personal
Publicitación del proyecto
Organización citas, días, horas....
Encuesta de satisfacción a profesionales sanitarios
Corrección de desviaciones
Extensión del proyecto a CCEE de Cirugía Plástica

INDICADORES

Existencia de Consulta Online : si/no
Nº de consultas totales online
Proporción sobre consultas totales de quemados: nº consultas online x 100/ nº consultas totales

DURACIÓN

Adecuación informática para videoconferencia online: 2-3 meses (septiembre)
Formación personal: septiembre 2017
Inicio consulta Online: septiembre/octubre 2017
Encuesta satisfacción: Diciembre 2017/Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMÁTICA DE QUEMADOS

Fecha de entrada: 26/02/2019

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.
MONCLUS FUERTES ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 por fin se he procedido a cambiar los equipos informáticos que se habían quedado obsoletos así como el software. Con los actuales podría implementarse una consulta en tiempo real de telemedicina. No obstante el ancho de banda es insuficiente para ello además de surgir problemas legales sobre la protección de datos en la videoconferencia
Se han realizado no obstante alguna consulta por no en tiempo real sino en diferido, a través de envío de imágenes por correo electrónico (institucional) u otros medios (posibles problemas de protección de datos)
Existe una comunicación fluida entre las Unidades de Quemados que son CSUR y hay intercambio de datos y casos entre ellas. Nuevamente nos encontramos con la falta de un estándar entre Comunidades Autónomas tanto en la historia clínica electrónica como en imágenes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los indicadores que se plantearon.
- Existencia de Consulta Online: NO
- N° consultas totales: 0
- Proporción entre consultas totales de quemados: 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Servicio sigue muy interesado en poder contar con esta consulta, se evitarían muchos desplazamientos de pacientes (dispersión geográfica de Aragón) y el Hospital podría reducir sus índices de primeras/sucesivas Esperamos implementación de los equipos informáticos. Si tras la encuesta de satisfacción las cifras son buenas, se podría lanzar la idea a las Consultas Externas de Cirugía Plástica dentro del conjunto de Consulta Virtual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1440 ===== ***

N° de registro: 1440

Título
CONSULTA TELEMÁTICA DE QUEMADOS

Autores:
AGULLO DOMINGO ALBERTO, MONCLUS FUERTES ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidad de Quemados incluida en el Servicio de Cirugía Plástica del HUMS es una Unidad CSUR y de referencia desde hace años. La población que cubre radica en nuestra Comunidad Autónoma y Provincias/Comunidades limítrofes. Dadas las características de dispersión geográfica de Aragón muchos pacientes deben de desplazarse muchos kilómetros para ser evaluados en esta Consulta Especializada.
La creación de esta Consulta Telemática evitaría muchos desplazamientos de muchos pacientes de fuera de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMÁTICA DE QUEMADOS

Zaragoza con el consiguiente aumento de la satisfacción del paciente y la disminución de los costes del proceso

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de Consulta Telemática de Quemaduras

Población diana: todos aquellos pacientes de la Comunidad que han sufrido una lesión por quemadura cuyo domicilio está fuera de Zaragoza o hay una imposibilidad manifiesta de desplazamiento a la Consulta de Quemados y que precisan atención especializada

MÉTODO

Creación de la Consulta Telemática

Adecuación de equipos informáticos

Formación del personal

Publicitación del proyecto

Organización citas, días, horas.....

Encuesta de satisfacción a profesionales sanitarios

Corrección de desviaciones

Extensión del proyecto a CCEE de Cirugía Plástica

INDICADORES

Existencia de Consulta Online : si/no

Nº de consultas totales online

Proporción sobre consultas totales de quemados: nº consultas online x 100/ nº consultas totales

DURACIÓN

Adecuación informática para videoconferencia online: 2-3 meses (septiembre)

Formación personal: septiembre 2017

Inicio consulta Online: septiembre/octubre 2017

Encuesta satisfacción: Diciembre 2017/Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1350

1. TÍTULO

ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL POLO BERNE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASENSIO ANES MIRIAM
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
MARTIN LANA MARTA
MONTERDE HERNANDEZ NORA
MARTIN RAMO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.-Busqueda de bibliografía. REALIZADA
- 2.- Consensuar el formulario del "The nursing stress scale" con campos secundarios (Edad, antigüedad, temporalidad...) PENDIENTE
- 3.- Reparto y contestación anónima.PENDIENTE
- 4.- Valoración de las respuestas y agrupamiento por frecuencia e importancia.PENDIENTE
- 5.- Valoración consensuada de actividades para minimizar los estresores con posibilidad de alivio.PENDIENTE
- 6.- Puesta en marcha de los mismos.
- 7.- Evaluación posterior con el mismo cuestionario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que el Grupo de Mejora con los acoplamientos de enfermería actuales Este proyecto no se ha podido continuar. estando a la espera de que se formalice uno nuevo cuando se complete el acoplamiento para reiniciar las actividades
Actividad 1:Junio-Agosto 2017 REALIZADA
Actividad 2: marzo-abrriil 2018
Actividad 3: mayo 2018
Actividad 4 y 5. junio-septiembre 2018
Actividad 6:enero-febrero 2018
Actividad 7: Octubre-Diciembre 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los componentes de ese proyecto debido al acoplamiento de enfermería que dura mas de 6 meses esán en otros Servicios, estando a la espera de que finalice dicho acoplamiento par restaurar el Grupo de Mejora y retomar el proyecto

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1350 ===== ***

Nº de registro: 1350

Título
ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA

Autores:
POLO BERNE RAQUEL, ASENSIO ANES MIRIAM, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, MARTIN LANA MARTA, MONTERDE HERNANDEZ NORA, MARTIN RAMO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejoría salud laboral

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1350

1. TÍTULO

ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una actividad quirúrgica más agresiva que precisa de unos cuidados de enfermería más especializados junto a la crisis económica derivada en recortes tanto en material como en personal, implica un aumento notable de la carga de trabajo y en consecuencia un estrés que inconscientemente se acaba proyectando sobre los Cuidados de Enfermería al paciente y la atención a los familiares con disminución de la calidad percibida por los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS

Emerger los estresores más frecuentes según la escala "The nursing stress" y su versión castellana validada, permitirá poder proyectar las correcciones precisas mejorando el clima de trabajo de Enfermería y en consecuencia la seguridad clínica en el paciente.

MÉTODO

- 1.- Búsqueda de bibliografía.
- 2.- Consensuar el formulario del "The nursing stress scale" con campos secundarios (Edad, antigüedad, temporalidad...)
- 3.- Reparto y contestación anónima.
- 4.- Valoración de las respuestas y agrupamiento por frecuencia e importancia.
- 5.- Valoración consensuada de actividades para minimizar los estresores con posibilidad de alivio.
- 6.- Puesta en marcha de los mismos.
- 7.- Evaluación posterior con el mismo cuestionario.

INDICADORES

Pendientes de definir

DURACIÓN

- Actividad 1: Junio-Agosto 2017
Actividad 2: Septiembre -Diciembre 2017
Actividad 3: Enero 2018
Actividad 4 y 5. Febrero-Marzo 2018
Actividad 6: Marzo-septiembre 2018
Actividad 7: Octubre-Diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1365

1. TÍTULO

VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE NELIDA BLANCO MANZANO
· Profesión TCAE
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEDRO MARQUEZ JOSEFA
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
ASENSIO ANES MIRIAM
MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Búsqueda de bibliografía. REALIZADO
- 2.- Realización de un cuestionario dirigido y con campos abiertos. REALIZADO
- 3.- Consentimiento informado que describa al paciente los objetivos de la encuesta REALIZADO
- 4.- Encuesta.PENDIENTE
- 5.- Análisis y discusión de los resultados.PENDIENTE
- 6.- Priorización de aquellos "items" más frecuente y búsqueda de soluciones.PENDIENTE
- 7.- Puesta en práctica de las mismas.PENDIENTE
- 8.- Reevaluación con el mismo o similar cuestionario en grupos de 10 pacientes en PENDIENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las tareas realizadas son parcialmente estériles por el acoplamiento del personal sanitario actualmente en curso que deshace parcialmente el grupo de mejora constituido, siendo el calendario de actividades modificado.

Actividad 1:febrero-marzo 2018
Actividad 2 y 3 :abril- mayo 2018
Actividad 4: junio-septiembre 2018
Actividad 5 y 6: octubre-diciembre 2018
Actividad 7:enero-febrero 2019
Actividad 8: Diciembre 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es realmente difícil hacer un Grupo de Mejora estable con personal de Enfermería dado las continuas fases de acoplamiento para el mismo. En el caso actual parte del trabajo realizado debe volverse a realizar cuando se reconponga el Grupo de Mejora.
La intención es que el trabajo realizado sirva además de probable publicación en revista especializada de Enfermería

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1365 ===== ***

Nº de registro: 1365

Título
VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA

Autores:
BLANCO MANZANO NELIDA, PEDRO MARQUEZ JOSEFA, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, ASENSIO ANES MIRIAM, MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: enfermedades del aparato respiratorio
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Intimidad y humanización hospitalaria

Enfoque:-----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1365

1. TÍTULO

VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Son varios (Volicer y Bohanon, Carr y Powers, etc...) los cuestionarios existentes para medir los estresores de hospitalización en el paciente. La existencia de "items" sobre la gravedad, la incertidumbre, miedo al dolor etc... minimizan la importancia de los "items" dirigidos a medir la intimidad del paciente, y normalmente éstos van orientados hacia la confidencialidad y protección de datos siendo infravalorados los aspectos provenientes del hospedaje (compartir habitación, aseo, familiares de otros pacientes...) y la autonomía del paciente (cuña, camisón, limpieza corporal, inmovilización por goteros, sondas, injerencias sin aviso del personal sanitario...), situaciones que el paciente en la mayoría de los casos acepta con resignación pero no por ello constituye una causa seria de estrés y una percepción negativa en cuanto al respeto y despersonalización en el trato hospitalario.

RESULTADOS ESPERADOS

Reflexionar, investigar y analizar las situaciones que vulneran la intimidad del paciente, principalmente las derivadas de las tareas propias de los cuidados de enfermería con la intención de realizar los cambios que fuesen posibles para su solución.

Para ello realizaremos entrevistas personales a pacientes de forma voluntaria de al menos tres días de estancia y capacidad cognitiva suficiente (30 pacientes)

Las Auxiliares de Enfermería, por la especificidad de sus tareas en cuanto a cuidados de higiene del paciente, parece ser el colectivo sanitario más próximo para realizar estas encuestas

MÉTODO

- 1.- Búsqueda de bibliografía.
- 2.- Realización de un cuestionario dirigido y con campos abiertos.
- 3.- Consentimiento informado que describa al paciente los objetivos de la encuesta
- 4.- Encuesta.
- 5.- Análisis y discusión de los resultados.
- 6.- Priorización de aquellos "items" más frecuente y búsqueda de soluciones.
- 7.- Puesta en práctica de las mismas.
- 8.- Reevaluación con el mismo o similar cuestionario en grupos de 10 pacientes en intervalos.

INDICADORES

Pendientes de definir

DURACIÓN

- Actividad 1: Junio-Agosto 2017.
- Actividad 2 y 3 :Septiembre-Diciembre 2017
- Actividad 4: Enero a Mayo 2018
- Actividad 5 y 6: Junio 2018
- Actividad 7: Junio-Noviembre 2018
- Actividad 8: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1790

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MEDIANTE CABINA. CODIGO

Fecha de entrada: 23/03/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA ZUBIRI ARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ HERNANDEZ MILAGROS

ALONSO CASAS ELIA

SORO LORENTE CYNTHIA

RIEZU OCHOA MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una recogida de datos mediante una Hoja de cálculo access, de todos los pacientes que has realizado tratamiento con fototerapia de cabina en el año 2017.

1º- Se ha diseñado una Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017. Dra. Zubiri

2º- Un facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado una base de datos Access, donde se han adjuntado los datos de la Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017.

3º- Una enfermera del Sº (Elia Alonso Casas) ha realizado el paso de los datos de las historias clínicas de las pacientes a la base de datos Access, de septiembre 2017 a enero 2018.

4- El facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado el estudio estadístico de los datos obtenidos. Febrero 2018.

5º- Próximamente se realizará una Sesión clínica del Servicio de Dermatología, donde se comunicarán los resultados obtenidos.

6- Se han evaluado los resultados obtenidos de la base de datos.

Total Pacientes Tratados: 131

Diagnósticos:

Psoriasis:68, Dermatitis Atópica:11, Prurito:11, Linfoma T:8, Vitiligo:6, Urticaria Solar:5, Morfea.2, EICH:1, Otros:14

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Información al paciente sobre las características de su tratamiento mediante la entrega de una Hoja Informativa.

Todos los pacientes han recibido antes de iniciar el tratamiento una Hoja Informativa en la que se explica las características del tratamiento que va a recibir.

2.- Notificación a los facultativos sobre la presentación de algún efecto adversos.

Las enfermeras que realizan la fototerapia han informado a los facultativos de todos los efecto adverso que se ha producido secundario al tratamiento en los pacientes.

3.- Número de pacientes que presentan una mejoría significativa con el tratamiento en Cabina: 70%.

Según los datos obtenidos:

- Buenos resultados: 78,02%
- Resultados intermedios: 7,69%
- No efectivo: 14,29%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultades encontradas:

En algunas de las historias clínicas no estaban recogidos los datos necesarios para cumplimentar.

Recomendaciones:

Tener presente la Hoja de recogida de datos, al realizar la historia clínica y en el seguimiento del paciente, para cumplimentar todos los datos.

Cuestiones pendientes:

Comentar con los facultativos la necesidad de la correcta cumplimentación de la Hoja de recogida de datos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1790

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MEDIANTE CABINA. CODIGO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1790 ===== ***

Nº de registro: 1790

Título
TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MEDIANTE CABINA

Autores:
ZUBIRI ARA MARIA LUISA, SANCHEZ HERNANDEZ MILAGROS, ALONSO CASAS ELIA, SORO LORENTE CYNTHIA, RIEZU OCHOA MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fototerapia es una técnica que consiste en aplicar radiaciones ultravioleta sobre la piel afectada por diversas enfermedades dermatológicas. La radiación puede ser Ultravioleta A (UVA) o Ultravioleta B (UVB) y puede aplicarse sobre todo el cuerpo con una cabina de cuerpo entero que tiene ambas lámparas, o con una máquina diseñada para el tratamiento de manos y pies. En nuestro Servicio disponemos de una cabina de Ultravioleta A y Ultravioleta B-BE de banda y una máquina para manos y pies. Dicho tratamiento se utiliza para procesos dermatológicos muy frecuentes en la población general; como psoriasis moderada/grave, psoriasis palmo-plantar, linfoma T, dermatitis atópica, prurito crónico, liquen ruber plano, etc.

Como ventajas con esta modalidad terapéutica conseguimos:

- Disminuir el gasto farmacéutico de los pacientes con psoriasis moderados/graves que precisan terapias sistémicas o biológicos de precio elevado y de las otras patologías susceptibles de tratamiento.
- Minimizar los efectos adversos de los fármacos tanto orales como tópicos.
- Accesibilidad al tratamiento ya que se realiza en horario de mañana y tarde.
- Mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Objetivos:
- Mejora de la calidad asistencial del paciente
 - Disminución del gasto farmacéutico
 - Disminución de efectos adversos
 - Obtención de buenos resultados terapéuticos

El proyecto va dirigido a: Población Diana:

- Todos los pacientes del Sº de Dermatología del HUMS que padezcan patologías susceptibles de ser tratadas con Fototerapia.
- Pacientes de otros Servicios del HUMS (Hematología, etc) que puedan beneficiarse del mismo.
- Pacientes de otros hospitales que lo precisen, por no disponer de la técnica.
- Pacientes mayores de 8 años, que presenten una enfermedad dermatológica susceptible de beneficiarse del tratamiento con Fototerapia y sin criterios de exclusión.

MÉTODO

1. Formación de los facultativos responsables (Dras. Sánchez y Zubiri) en las indicaciones y realización de la técnica.
2. Formación por parte de los facultativos a las enfermeras que la ejecutan de su manejo, y detección de efectos adversos.
3. Diseño del circuito por el que los pacientes son atendidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1790

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MEDIANTE CABINA. CODIGO

4. Realización de una primera consulta con los facultativos responsables, para valorar indicación, tipo de técnica a utilizar, información (mediante de la entrega de una Hoja Informativa) y firma de Consentimiento informado.
5. En la mitad del tratamiento se realiza una visita de "control" de la evolución y resultados.
6. Entrega de Informe para su médico prescriptor al finalizar el tratamiento.

INDICADORES

Criterios de Evaluación:

1. Información al paciente sobre las características de su tratamiento mediante la entrega de una Hoja Informativa: 100%
2. Notificación a los facultativos sobre la presentación de algún efecto adverso: 100%
3. Número de pacientes que presentan una mejoría significativa con el tratamiento en Cabina: 70%

DURACIÓN

Enero 2017- Noviembre 2017

- Se ha diseñado una Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017. Dra. Zubiri
- Un facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado una base de datos Access, donde se han adjuntado los datos de la Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017.
- Una enfermera del Sº (Elia Alonso Casas) ha realizado el paso de los datos de las historias clínicas de las pacientes a la base de datos Access, de septiembre 2017 a enero 2018.
- El facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado el estudio estadístico de los datos obtenidos. Febrero 2018.
- Próximamente se realizará una Sesión clínica del Servicio de Dermatología, donde se comunicarán los resultados obtenidos.
- Se han evaluado los resultados obtenidos de la base de datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0172

1. TÍTULO

FORMACION EN EL RECAMBIO DE SONIDAS DE GASTROSTOMIA PARA ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ELIA BUENO CAPAPE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA TORRE SANZ ROSARIO
ELORRI IRIGOY MARIA ARANZAZU
GARCIA MIGUEL PATRICIA
HURTADO RUBIO CAROLINA
ORBANEJA ESCOBAR PILAR
PORTERO ARRIAZU CRISTINA
PUERTOLAS PRIETO CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- * Revisión de agenda semanal para programación de PEG. *Comunicación a enfermera de enlace de AP
- * Organización con dirección de AP para programar las sesiones.
- * Realización de las sesiones de 2 horas programadas en viernes para enfermeras (una ó dos) de Centro de Salud al que pertenecen los pacientes que se vayan a atender ese día
- * Envío de dispositivos de PEG a los Equipos de Atención Primaria.
- * Información sobre el proyecto a Dirección de AP
- * Elaboración de un documento informativo y visual para enfermeras de AP sobre la técnica de recambio de PEG
- * El mayor número de pacientes atendidos son totalmente dependientes y con distintos grados de alteración del nivel de conciencia (Demencia, Parkinson, ELA, etc.) El traslado al centro hospitalario para realizar el recambio origina un problema importante en su rutina diaria (personal desconocido, suspensión de medicación, desubicación tempor-espacial, largas esperas hasta el traslado a su domicilio, etc.)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sesiones de formación de enfermería: 23 sesiones (Con 1 ó 2 enfermeras asistentes por sesión)
Pacientes atendidos en AP: 21 pacientes derivados
Traslados en ambulancia evitados: 21x 2 (lo cual supone 42 traslados menos de ambulancia, ya que los recambios son semestrales), 20%
Indicadores: Enfermeras de AP formadas, disminución del número de recambios de PEG en el centro hospitalario y disminución del número de traslados en ambulancia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación guiada por las enfermeras del Servicio de Pruebas Funcionales de Digestivo a las enfermeras de AP potencia el beneficio que supone para los pacientes (en tiempo, desplazamientos, seguridad) y el ahorro en costes así como a nivel profesional de las enfermeras de AP que pueden desarrollar esta actividad enfermera. El ahorro en costes puede justificar más actuaciones en este sentido promovidas por enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/172 ===== ***

Nº de registro: 0172

Título
GUIA DE RECAMBIO DE GASTROSTOMIA PERCUTANEA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE AP

Autores:
BUENO CAPAPE ELIA, HURTADO RUBIO CAROLINA, GARCIA MIGUEL PATRICIA, PUERTOLAS PRIETO CAROLINA, ORBANEJA ESCOBAR MARIA PILAR, ELORRI IRIGOY MARIA ARANZAZU, PORTERO ARRIAZU CRISTINA, DE LA TORRE SANZ ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0172

1. TÍTULO

FORMACION EN EL RECAMBIO DE SONDAS DE GASTROSTOMIA PARA ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente los pacientes son trasladados cada 6 meses para realizar el cambio de PEG, suponiendo esto un grave trastorno para el propio paciente y la familia.
La realización de este cambio en el domicilio del paciente por su enfermera de AP reduciría por un lado su disconfort y minimizaría los gastos en traslado, tiempo de espera del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la confianza y seguridad que ofrece a los cuidadores principales la realización de esta sencilla técnica por parte de su enfermera de AP.
- Disminuir traslados en ambulancia que suponen un elevado coste económico y tiempos de espera del paciente fuera de su entorno habitual.

MÉTODO

- Adiestramiento del personal de enfermería de AP para la realización de la técnica del cambio y manejo de PEG y cuidados del estoma por parte del personal de enfermería de la unidad de endoscopias.

INDICADORES

- Disminución del número de recambios de PEG en el centro hospitalario.
- Número de enfermeras formadas en la técnica.
- Encuesta de satisfacción de los cuidadores principales.
- Disminuir número de traslados en Ambulancia a la Unidad.

DURACIÓN

Inicio en septiembre del 2016 hasta septiembre 2018.

Cronograma:

Elaboración del dossier para A.P. octubre 2016.

Todos los viernes se programan sesiones de formación teórico- práctica de 2 horas, desde septiembre del 2016, en las cuales se abordarán los siguientes temas:

-->Técnica de gastrostomía y primer recambio.

-->Tipos de sondas PEG.

-->Realización de la técnica tutorizada por personal de enfermería de la unidad de endoscopias.

Fin del proyecto septiembre 2018.

OBSERVACIONES

La formación del personal de AP no implica la desvinculación del paciente con el centro hospitalario ya que se prestará la colaboración necesaria ante cualquier duda o incidencia que pueda surgir tanto en el cambio de sonda como en los cuidados del estoma.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0257

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA LAZARO RIOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMO MONTERDE PATRICIA
RUIZ BELMONTE LARA MARIA
GOTOR DELSO JESUS
GRACIA RUIZ MARTA
ZARAGOZANO GUILLEN RAMON
ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La aceptación del protocolo fue el 30 de Enero de 2017 y el 16 de Febrero de 2017 comencé a trabajar en el Hospital San Jorge de Huesca tras la resolución de los traslados porque no he podido trabajar en este proyecto al no estar trabajando en el Hospital Miguel Servet. Tampoco he podido ponerlo en práctica en el Hospital San Jorge dado que son procedimientos que no se realizan en dicho hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La idea es ponerlo de nuevo en marcha con las nuevas hepatólogas que actualmente están en el Hospital Miguel Servet. Consideramos que la unificación de criterios de manejo y tratamiento de los pacientes mejora la calidad de la atención a los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de protocolos minimiza la posibilidad de cometer errores por parte de todo el personal sanitario

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/257 ===== ***

Nº de registro: 0257

Título
PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO

Autores:
LAZARO RIOS MARIA, CAMO MONTERDE PATRICIA, RUIZ BELMONTE LARA MARIA, GOTOR DELSO JESUS, GRACIA RUIZ MARTA, ZARAGOZANO GUILLEN RAMON, ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente se realizan dos procedimientos en el tratamiento del hepatocarcinoma localizado y avanzado: Radiofrecuencia y Quimioembolización. El primero de ellos consiste en la ablación percutánea de hasta 3 tumores menores de 3 cm. La quimioembolización es la administración de tratamiento quimioterápico a través de la arteria que irriga el tumor. Los pacientes permanecen 24 horas en observación y si no hay incidencias son dados de alta. Ambos procedimientos son realizados por el Servicio de Radiología pero los pacientes ingresan a cargo del Servicio de Digestivo. El aumento de la supervivencia de los pacientes con cirrosis hepática, los nuevos tratamientos antivirales y que el Hospital Miguel Servet es centro de referencia de dichos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0257

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO

procedimientos, ha supuesto un incremento de los mismos en los últimos años. Normalmente estos pacientes ingresan en el Hospital de Semana pero en ocasiones lo hacen en otras ubicaciones. Es por todo lo anterior, que creemos indicado realizar un protocolo de ingreso de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Se plantea la homogeneización del manejo y tratamientos de estos pacientes. Con esta iniciativa se pretende ofrecer una mejor asistencia a los pacientes dado que desde enfermería se tendrían estandarizados los tratamientos de manera global ajustados a las peculiaridades de cada uno de los pacientes según sus tratamientos domiciliarios.

MÉTODO

- Establecer el protocolo de administración de tratamiento "estandar" (canalización de vía venosa, sueroterapia, antibioterapia y analgesia) y medicación habitual del paciente
- Realización de hemograma y coagulación antes de la realización del procedimiento (salvo que se especifique que el paciente dispone de una analítica reciente)
- Administración de tratamientos o transfusiones que se requieran para corrección de alteraciones analíticas.
- Reintroducción de la dieta oral cuando a las 24 horas del procedimiento si no ha habido complicaciones (dolor, fiebre..) en cuyo caso se avisará al médico responsable.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes que ingresaran para realización de procedimientos intervencionistas y que se beneficiaran del protocolo de actuación 100 %
Porcentaje de pacientes con alteraciones analíticas que se corregirán antes del procedimiento 100 %
Porcentaje de pacientes que han requerido modificación de tratamiento o suspensión del procedimiento < 10%.

DURACIÓN

- INICIO:
- Noviembre-16: Realización del protocolo tras reunión con servicios implicados.
 - Diciembre-17: Figuración de los mismos en Intranet.
 - Enero-17: Implementación del protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0259

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE SANTIAGO FRAGO LARRAMONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUZON SOLANAS LARA
FUENTES OLMO JAVIER
ESPINA CADENA SILVIA
JIMENO AYLLON CRISTINA
FUERTES LAHOZ EVA
BAJADOR ANDREU EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Debido al cambio de hospital de la varios miembros del grupo y las modificaciones en la indicacion del tratamiento de VHC el proyecto no se pudo desarrollar ni finalizar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ninguno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se pueden extraer conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/259 ===== ***

Nº de registro: 0259

Título
ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
FRAGO LARRAMONA SANTIAGO, LAZARO RIOS MARIA, LUZON SOLANAS LARA, FUENTES OLMO JAVIER, ESPINA CADENA SILVIA, JIMENO AYLLON CRISTINA, FUERTES LAHOZ EVA, BAJADOR ANDREU EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo Ambos sexos
Edad Todas las edades
Tipo Patología Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....

PROBLEMA
La mayor parte de indicaciones actuales de tratamiento en paciente con virus de la hepatitis C (VHC) vienen determinadas por el grado de fibrosis hepática. Los métodos disponibles para objetivar el grado de fibrosis son la biopsia hepática y/o, desde hace varios años, la elastografía hepática. La elastografía de transición o FibroScan es una técnica de exploración incruenta, sencilla y rápida, que permite establecer el grado de fibrosis hepática sin necesidad de realizar una biopsia. Dada la gran afluencia actual y probablemente futura de estos pacientes creemos necesario disponer de una derivación fluida entre Atención Primaria y la Unidad de Hepatología del Miguel Servet.

RESULTADOS ESPERADOS
El acceso a la elastografía hepática actualmente queda reservada al ámbito hospitalario, por lo que, actualmente, los pacientes con VHC son derivados a consultas ambulatorias de Digestivo de Centro de Especialidades, donde se solicita la elastografía hepática. Una vez realizada la exploración, si el grado de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0259

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

fibrosis lo requiere, son derivados a la Unidad de Hepatología del Miguel Servet para iniciar tratamiento. Todo ello conlleva una larga espera para el paciente y un gran consumo de recursos (1 visita de Atención Primaria, 2 consultas de ambulatorio de Área y 1 en consultas de Hepatología). El objetivo de este proyecto es reducir el tiempo, número de consultas ambulatorias y, por tanto, de recursos, desde la derivación por parte de médico de Atención Primaria y la Unidad de Hepatología el Miguel Servet

MÉTODO

- Desde Atención Primaria se solicitará la realización de elastografía hepática mediante el envío de un e-mail a la dirección (pendiente de creación) indicando datos básicos de paciente (edad, teléfono de contacto actualizado).
- Desde el Servicio de Digestivo se le llamará o se le enviará una citación para la realización de la misma en Consultas de Digestivo (Planta 2ª del Edificio de Consultas del Hospital Miguel Servet localizado en Calle Padre Arrupe).
- Según el resultado de la elastografía existen dos posibilidades:
 - Si el paciente tiene una Fibrosis F0-F1: Será controlado en Atención primaria recomendando la realización de elastografía cada aproximadamente 2 años
 - Si el paciente tiene una Fibrosis =F2: al paciente se le entregará la cita para ser valorado en Consulta de Hepatología para plantear tratamiento de Hepatitis C y seguimiento.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes con VHC que son derivados para realización de elastografía hepática evitando el paso por Centro de Especialidades: 90%
Porcentaje de pacientes con VHC sin fibrosis significativa que son derivados a consultas de digestivo: <10%.
Tiempo medio desde derivación por Médico de Atención Primaria y decisión de seguimiento: < 3 meses.

DURACIÓN

- Octubre-Diciembre: Información y selección de Centros de Atención Primaria para su implementación.
- Enero-Marzo-2017: Creación de nuevas consultas monográficas de hepatología
- Abril: Implementación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0260

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE LARA LUZON SOLANAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRAGO LARRAMONA SANTIAGO
FUERTES LAHOZ EVA
BARRAO YOLDI ELENA
CAMO MONTERDE PATRICIA
PUYOLES BRAVO MANUEL
RUIZ BELMONTE LARA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actualmente la enfermera realiza el fibroscan en consultas externas de Digestivo; y ella misma es la encargada de generar un informe con el resultado de la prueba con la consiguiente visualización en intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido informatizar el resultado de fibroscan, de tal manera que es posible visualizar mediante el historial clínico informático el resultado del mismo. Esto ha permitido evitar la pérdida que en muchas ocasiones suponía entregar el resultado al paciente, evita la repetición innecesaria de la exploración, y consultar el mismo en consultas sucesivas, de cara a valorar la necesidad de un tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La informatización sistemática de exploraciones permite el ahorro de recursos sanitarios. En nuestro caso en el momento actual creemos que no queda pendiente ningún aspecto en relación a la mejora. Sí sería deseable el poder seguir contando con una enfermera entrenada para la realización de la prueba y elaboración consiguiente del informe de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/260 ===== ***

Nº de registro: 0260

Título
INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN

Autores:
LUZON SOLANAS LARA, FRAGO LARRAMONA SANTIAGO, FUERTES LAHOZ EVA, BARRAO YOLDI ELENA, CAMO MONTERDE PATRICIA, PUYOLES BRAVO MANUEL, RUIZ BELMONTE LARA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades crónicas del hígado producen una acumulación progresiva de fibra colágena en el parénquima hepático. La biopsia hepática ha sido durante años el método de referencia para cuantificar la fibrosis hepática. Actualmente se dispone de alternativas no invasivas para cuantificar la fibrosis. La elastografía de transición (ET) o Fibroscan® cuantifica la rigidez del hígado, que es proporcional al grado de fibrosis hepática. En estos momentos, el fibroscan del que disponemos en el Hospital Miguel Servet es prestado por la industria farmacéutica 9 meses al año aproximadamente. Previamente se realizaban mediante petición o canalización externa al H.C.U Lozano Blesa. En el último año hemos realizado más de 200 exploraciones, no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0260

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN

registrada a nivel del sistema informático.

Con este proyecto se pretende homogeneizar los resultados obtenidos e informatizar los mismos en intranet para disponer de resultados tanto en nuestro servicio, como a nivel de otros hospitales de diferentes sectores

RESULTADOS ESPERADOS

Actualmente el resultado de la prueba se entrega al paciente en mano, en papel térmico. Esto conlleva la posibilidad de extravío o deterioro del mismo que dificulte o impida su interpretación, lo que en ocasiones obliga a repetir la exploración.

La informatización de resultados mediante la inclusión en Intranet permitiría la visualización de forma sistemática en otras consultas, así como evitaría repetición de pruebas de forma innecesaria.

MÉTODO

Documento con estratificación o grado de fibrosis, con gráfico adjunto al mismo que permitirá interpertración sencilla de resultados de forma visual tanto para el Digestólogo, hepatólogo, como para otras especialidades. Capacitación del personal de enfermería y médicos de la Unidad de Hepatología para la realización del mismo e inclusión de resultados en H.P Doctor.

INDICADORES

- Resultados informativos en Intranet: 100%.
- Formación específica de enfermería: 2 D.U.E
- Monitorización y seguimiento del grado de fibrosis: 90%.

DURACIÓN

- Octubre-Noviembre-16: Realización de plantilla informatizada estandar.
- Diciembre-16-Enero-17:Contacto con servicio de Informática.
- Febrero-17: Formación de D.U.E.
- Marzo-Abril-17: Implementación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

Fecha de entrada: 25/02/2018

2. RESPONSABLE EVA MARIA SIERRA MOROS
· Profesión MIR
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SORIA SAN TEODORO MARIA TERESA

URIBARRENA AMEZAGA RAFAEL

VAL PEREZ JOSE

BAJADOR ANDREU EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proceso comenzó con la puesta en marcha del programa de cribado, gestionado y monitorizado por la Unidad central, se está invitando, mediante envío postal, a la población diana a participar (hombres y mujeres entre 60 y 70 años) aquellos que aceptan son valorados en consultas de enfermería ambulatoria y si cumplen criterios, se solicita Test de sangre oculta en heces, si es negativo, se repite a los dos años y si es positivo, se envía la citación de colonoscopia para su realización en el Hospital Universitario Miguel Servet.

Con este fin, se ha creado una agenda específica de una sala diaria, con seis colonoscopias de cribado que serán realizadas por cuatro endoscopistas con experiencia en endoscopia avanzada. En los últimos meses, dada la tasa de participación hemos aumentado una sala más a la semana.

Se crea un informe con los hallazgos endoscópicos, la recomendación de seguimiento y el destino del paciente.

Con la finalidad de tener un registro de toda la actividad realizada, la creación de los informes y el correcto seguimiento, hemos solicitado la colaboración de una enfermera cualificada sin haberla conseguido hasta el momento, por lo que el facultativo que realiza la exploración, actualmente revisa el resultado de las biopsias e introduce todos los datos en la base del SALUD para el cribado de CCR, creando al mismo tiempo un informe de seguimiento. Los pacientes de alto riesgo tras la realización de la colonoscopia y aquellos que presenten riesgo de

cáncer hereditario, son derivados a consulta de alto riesgo de CCR, En nuestro hospital existe un circuito rápido para el diagnóstico y tratamiento del CCR, que incluye a digestólogos, radiólogos, patólogos, cirujanos, anestesiistas, radioterapeutas y oncólogos que ha aumentado su actividad tras la implantación del programa de cribado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados a fecha de septiembre de 2017. Muchos de los datos enviados y analizados por los informáticos del programa de cribado, probablemente provisionales.

-TASA DE PARTICIPACION DE 58,1%

-Nº de personas con T.SOH positivo/ nº personas que realizaron el test x 100 = 11,5%

-Nº de personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo / nº personas con T. positivo x 100 =(1524/1687) 90,3%

- Nº personas con adenomas de alto, medio y bajo riesgo, con cualquier adenoma / nº personas sometidas a

colonoscopia por T.SOH positivo = 62,4%

- Nº personas con cáncer invasivo / nº personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo x 100 = 4,4%

- Nº personas con cánceres en estadio 0, I, II, III y IV / nº personas con cáncer sometidas a colonoscopia por

T.SOH positivo x 100 = 16%, 44%, 26%, 10%, 4%.

- Tiempo de espera hasta la realización de colonoscopia tras positividad del T.SOH = <6 SEMANAS

-Nº de colonoscopias con preparación buena-excelente realizadas por T.SOH positivo / nº de colonoscopias totales

por esta indicación x 100 = (601/ 1524) 39,4%

- Nº personas con colonoscopia completa / nº personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positiva x 100 =

(1113/1524) 73%.

- Creación de un programa de endoscopias independiente para el cribado = SI

- Creación de un registro de complicaciones = SI

- Nº pacientes a los que se entrega de hoja de información y se documenta la firma de consentimiento informado /

nº pacientes a los que se realiza colonoscopia por T.SOH positivo x 100 = 100%.

- Nº personas con complicaciones graves en la colonoscopia (aquellas que requieren hospitalización) / nº personas

sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo x 100 = 0% (205 complicaciones, pero ninguna grave)

-Nº de pacientes con adenomas de alto riesgo diagnosticados durante el cribado que son enviados a consulta de alto

riesgo / nº pacientes con estas lesiones que son diagnosticados en el cribado x 100 = No disponible.

- Nº de pacientes con carcinoma invasivo diagnosticados durante el cribado que son enviados a consulta de alto

riesgo / nº pacientes diagnosticados de carcinoma invasivo en el cribado x 100 = 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1- Los datos aportados arriba ponen de manifiesto la importancia de la implantación de este programa, dado el número de patología encontrada, tanto de lesiones preneoplásicas como de cánceres diagnosticados en estadios precoces, lo que mejora claramente el pronóstico. Todo ello hace que a pesar de la importante carga asistencial que supone, no solo para el servicio de digestivo sino para todos aquellos implicados, continuemos muy motivados para su continuación.

2-Se solicitó, a tiempo parcial, una enfermera para el registro, la coordinación en nuestro hospital y la cumplimentación de los informes, creemos que es algo importante dada la carga asistencial que supone y su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

existencia en otros centros asistenciales. Hasta el momento nuestra solicitud no ha sido atendida.

3- El acceso a los datos del programa de cribado, que ahora no tenemos, nos ayudaría al análisis correcto de nuestra actividad.

4- La implantación del programa ha supuesto un aumento de las listas de espera de endoscopia, hecho que en los últimos meses está mejorando al aumentar la actividad de tarde.

7. OBSERVACIONES.

Envié el informe de resultados el jueves 22 dado que no recibí el mail con el modelo de la memoria. Se me ha facilitado por otros medios.

Gracias
un saludo

*** ===== Resumen del proyecto 2016/287 ===== ***

Nº de registro: 0287

Título
IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

Autores:
SIERRA MOROS EVA MARIA, SORIA SAN TEODORO MARIA TERESA, URIBARRENA AMEZAGA RAFAEL, VAL PEREZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....: PROGRAM COMPLETO PARA EL CONTROL DE CCR

PROBLEMA

En España el cáncer colorrectal es uno de los problemas de salud más importantes, ocupando el primer lugar en incidencia y siendo la segunda causa de mortalidad por cáncer.
El cáncer colorrectal es una enfermedad que se puede prevenir. La estrategia del Sistema Nacional de Salud ya recomendaba en 2009 el cribado de cáncer de mama, cuello uterino y colon. Los programas de cribado poblacional tratan de asegurar un acceso equitativo, pero existen diferencias entre las distintas comunidades autónomas; según informe de 2014 de la red de Programas de Cribado de Cáncer, nuestra comunidad se encuentra en desventaja, tanto en fecha de inicio (2013) como en la población incluida e invitada.
La experiencia ha demostrado que la detección precoz y el tratamiento de lesiones asintomáticas, mejora el control de la enfermedad, particularmente si están integrados en un programa completo de control de CCR.
Los programas de cribado juegan un papel relevante en la identificación de las personas con riesgo de presentar un cáncer hereditario y deben ser remitidas a unidades especializadas.
Se encuentra bien establecida la lesión premaligna a partir de la cual se forma el CCR, el pólipo adenomatoso, su resección endoscópica ha demostrado que reduce la incidencia y la mortalidad por CCR.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo final es la reducción de la mortalidad por cáncer de colon en nuestra comunidad, participando en el programa de cribado y en la atención integral y completa del paciente con CCR y aquel con riesgo de padecerlo.

MÉTODO

El proceso comienza con la puesta en marcha del programa de cribado, gestionado y monitorizado por la Unidad central, que invita a la población diana a participar, si acepta es valorado en consultas de enfermería ambulatoria y si cumple criterios, se solicita Test de sangre oculta en heces, si es negativo, se repite a los dos años y si es positivo, se envía la citación de colonoscopia para su realización en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Con este fin, se ha creado una agenda específica de una sala diaria, con seis colonoscopias de cribado que serán realizadas por cuatro endoscopistas con experiencia en endoscopia avanzada. Contamos con experiencia en la sedación del paciente.
Se creará un informe con los hallazgos endoscópicos, la recomendación de seguimiento y el destino del paciente.
Con la finalidad de tener un registro de toda la actividad realizada, la creación de los informes y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

correcto seguimiento, hemos solicitado la colaboración de una enfermera cualificada. Los pacientes de alto riesgo tras la realización de la colonoscopia y aquellos que presenten riesgo de cáncer hereditario, serán derivados a consulta de alto riesgo de CCR, creada para este fin. En nuestro hospital existe un circuito rápido para el diagnóstico y tratamiento del CCR, que incluye a digestólogos, radiólogos, patólogos, cirujanos, anestesistas, radioterapeutas y oncólogos.

INDICADORES

7-1 INDICADORES DE PARTICIPACION:

TASA DE PARTICIPACIÓN

Número de personas con test de las invitaciones válidas en el año / Número de personas con invitación válida en el año x 100

7-2 INDICADORES DE PROCESO

- Tasa de personas con test inadecuados entregados en el año:
- Tasa de personas con test positivo
- Tasa personas con aceptación de colonoscopia
- Tasa de personas con colonoscopia completa realizada
- Tasa de personas con complicaciones graves en la colonoscopia

7.3 INDICADORES DE RESULTADO

Lesiones detectadas.

- Tasa de personas con adenomas de alto, medio y bajo riesgo.
- Tasa de personas con cualquier adenoma
- Tasa de personas con cáncer invasivo

-Porcentaje de cánceres en estadio I, II, III y IV

7-4 INDICADORES DE CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA

- Tiempo de espera tras la realización de SOH (<6 semanas)
- Proporción de exploraciones con preparación buena-excelente (>90% de las colonoscopias)
- Programa de endoscopias independiente para el cribado (existencia del mismo).
- Registro de complicaciones (existencia del mismo).
- Hoja de información y documentación de consentimiento informado (100% de exploraciones)
- Acontecimientos adversos relacionados con la evaluación previa (<10%)
- Control y vigilancia de desinfección (nivel aceptable cada 3 meses)
- Personal capacitado (al menos dos endoscopistas que cumplan los requisitos de calidad)

7-4 INDICADORES DE LA CONSULTA DE ALTO RIESGO

- Número de pacientes enviados desde consulta/año
- Número de pacientes enviados tras la realización de colonoscopia/año

DURACIÓN

En septiembre de 2016 se empiezan a enviar las primeras cartas de invitación, progresivamente se irán incluyendo 13 ambulatorios y un total de 1280 pacientes hasta julio de 2017. Desde septiembre de 2017 hasta abril de 2018 se incluyen los ocho 8 ambulatorios que completan el Área II con otros 1427 pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0833

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR CORSINO ROCHE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES MARINA MARIA ANGELES
BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El protocolo que estaba previsto entregar el año pasado no se pudo realizar en tiempo dada la baja maternal de la persona responsable del mismo. El protocolo está a punto de ser finalizado y presentado en la unidad correspondiente para ello en las próximas semanas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por ahora no hay resultados alcanzados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la demora de la presentación del protocolo, se ha podido incluir el nuevo fármaco biológico aprobado recientemente por la EMA, por lo que se trata de un protocolo completamente actualizado. Además se ha observado la necesidad de realizar un manual de uso del programa "hospiwin" por parte de enfermería y se ha incluido dentro de éste.

7. OBSERVACIONES.

A pesar de la demora en la ejecución, es un proyecto que continúa y que en las próximas semanas se podrá objetivar con la presentación del protocolo, un protocolo realmente necesario para el uso correcto y seguro de los tratamientos biológicos en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/833 ===== ***

Nº de registro: 0833

Título
INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

Autores:
CORSINO ROCHE PILAR, BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL, MORALES MARINA MARIA ANGELES, GUALLART CALVO MARIA REYES, GOTOR DELSO JESUS, ESPINA CADENA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El porcentaje de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) tratados con fármacos biológicos intravenosos en el hospital Miguel Servet, está aumentando de manera progresiva siendo actualmente una de las partes con mayor representación en el trabajo habitual de hospital de día. Los fármacos biológicos intravenosos utilizados en la EII son: Infliximab (Remicade ®), Vedolizumab (Entyvio ®), Natalizumab (Tysabri ®) 4) y CT-P13 (Inflextra ®) que es un biosimilar de infliximab. Estos fármacos son pautados por gastroenterólogos especializados en EII y son administrados por vía intravenosa habitualmente en Hospital de día y de manera ocasional en plantas de hospitalización en pacientes ingresados por brote de su enfermedad. Se trata de fármacos preparados por el servicio de farmacia el mismo día de su administración en los que por sus

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0833

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

características y posibles reacciones alérgicas, previamente a su administración, se deben de realizar una serie de comprobaciones para minimizar al máximo los riesgos para el paciente y en caso de reacción infusional se debe de tener claro el protocolo a seguir.
Llevamos varios años administrando éstos fármacos en régimen de hospital de día a pacientes con EII, pero de forma no del todo estandarizada. A pesar de haber personal entrenado para ello, las necesidades del servicio y/o del hospital, hacen que haya cambios en plantilla y no siempre se encuentre personal de enfermería familiarizado con la administración de este tipo de fármacos. Además, en ocasiones, han de administrarse fuera de hospital de día, por lo que el personal de planta, no suele estar acostumbrado a trabajar con este tipo de tratamientos. Por todo ello, vemos necesario la creación de un protocolo de administración de fármacos biológicos que incluya un check-list de comprobación de seguridad previo a su administración, pauta de administración de premedicación y casos en la que es necesaria, normas para la infusión y un protocolo de actuación en caso de reacciones alérgicas relacionada con la infusión.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejoría en la seguridad del paciente, evitando posibles errores que pueden aparecer cuando no existe una pauta clara a seguir.
- Posibilitar acceso de personal de enfermería no entrenado específicamente para este trabajo en la ocasión que se requiera.
- Administración de estos fármacos con seguridad en cualquier planta de hospitalización sin necesidad de que tenga que ser administrado por el personal que habitualmente lo hace en hospital de día y/o sin tener que desplazar al paciente hasta hospital de día
- Disminución del número de reacciones infusionales tras la protocolarización de la premedicación a infundir.
- Mejora en el manejo de reacciones infusionales.

MÉTODO

1. Realización del protocolo, siguiendo las guías y recomendaciones actuales para el uso de fármacos biológicos en la EII. El protocolo debe incluir: a) check-list previo a la preparación del fármaco biológico y administración, b) protocolo de administración y premedicación, c) protocolo de actuación ante una reacción infusional.
2. Presentación en el servicio de Digestivo para conocimiento del mismo tanto a personal médico como de enfermería.
3. Difusión y explicación del protocolo correspondiente, sobre todo en planta de hospitalización de Digestivo que es donde más habitualmente se administra fuera del ámbito de hospital de día.
4. Elaboración del protocolo según normas de la Unidad de Calidad Asistencial para que sea instalado en la intranet hospitalaria y sea accesible a todo el personal que quiera acceder a él.

INDICADORES

1. Registro de todos los casos a los que se les administra el tratamiento biológico desde la puesta en marcha del mismo, para análisis posterior de eficacia y seguridad.
2. Registro de los acontecimientos hallados en la realización del check-list previo a la administración del fármaco que impidan la administración de éste y pauta llevada a cabo por el servicio de enfermería.
3. Registro de reacciones infusionales y protocolo de actuación llevado a cabo.
4. Encuesta de satisfacción en el personal de enfermería de precise utilizar el protocolo y que forme o no parte de su trabajo habitual.

DURACIÓN

- Realización del protocolo: octubre de 2016
- Presentación y difusión del mismo noviembre de 2016
- Puesta en marcha del protocolo: desde diciembre de 2016
- Análisis de indicadores septiembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0833

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL VICENTE LIDON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
MONZON ABAD ANDRES
MARTINEZ GERMAN ANTONIO
SANtero RAMIREZ MARIA PILAR
SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS
LARROSA LOPEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Dada información sobre la creación de la comisión a los distintos servicios involucrados en la misma, tanto a jefes de servicio como a las personas que van a ser los componentes de la comisión

- Elaborado un formulario de registro de cada reunión de la comisión en el programa Hp doctor para que quede constancia en la intranet de todas las decisiones tomadas con cada paciente.

- Búsqueda de día y hora para poder realizar las reuniones, todavía por determinar lugar físico donde poder realizar las reuniones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todavía no alcanzados ya que no se han iniciado las reuniones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente iniciar las sesiones de la comisión, las cuales deberían realizarse en un lugar físico adecuado con material informático y personal administrativo como puede ser en la sala de celebración de comités de tumores, sin embargo, esto no puede ser porque en el horario que puede realizarse, por parte de la mayoría de los servicios implicados en esta comisión, está ocupado. Interesa encontrar un sitio adecuado, cuanto antes.

Otra de las causas en el retraso del inicio del proyecto, es la demora por parte del servicio de informática, la hora de crear el formulario necesario para el Hp doctor.

La elaboración del formulario de Hp Doctor ha sido muy costoso conseguir

7. OBSERVACIONES.

Esperamos empezar en el mes de marzo de 2018, el inicio de las sesiones de la comisión, inicialmente en un despacho médico hasta solventar el problema de la ubicación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/842 ===== ***

Nº de registro: 0842

Título
CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Autores:
VICENTE LIDON RAQUEL, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, ESTRADA ABAD PILAR, MONZON ABAD ANDRES, MARTINEZ GERMAN ANTONIO, SANtero RAMIREZ MARIA PILAR, SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS, LARROSA LOPEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad clínica crónica que afecta sobre todo a personas jóvenes cuya incidencia va en aumento de manera progresiva en nuestro medio. En muchas ocasiones la complejidad de los casos es muy alta lo que hace necesario la colaboración de múltiples especialidades para su manejo. De hecho, la recomendación actual sobre el manejo de la EII es llevarlo a cabo en unidades de abordaje integral a la EII (UAIEII), formadas por diversos profesionales expertos en la EII. En nuestro centro ya llevamos a cabo este abordaje interdisciplinar pero de forma funcional, sólo gracias a la colaboración no estructurada de ciertos profesionales especialmente implicados y expertos en la EII. Sin embargo, existen importantes dificultades de cooperación entre nosotros por la ausencia de una estructura orgánica. Crear una comisión multidisciplinar para el abordaje terapéutico a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (CTEII), inicialmente sobre todo para los casos complejos en los que se plantea la cirugía, permitiría solucionar en gran medida estos problemas y mejorar la atención a los pacientes con EII. Constituirá el primer paso, y prioritario, en la posterior creación de una UAIEII que impulsaría y ampliaría aún más el abordaje interdisciplinar a la EII.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención asistencial en pacientes diagnosticados de EII que requieren atención por varios especialistas debido a su complejidad, determinando cuáles son las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con las guías actuales de manejo de la EII.

- Optimización de los recursos sanitarios según la decisión del manejo especializado y multidisciplinar, evitando exploraciones innecesarias y programando los tiempos concretos para realizar exploraciones diagnósticas y cirugía.

MÉTODO

- En paralelo a este proyecto de mejora se seguirán los pasos necesarios establecidos para la creación de comisiones multidisciplinarias hospitalarias. Responsable : FEA Digestivo

- Presentación del proyecto a los jefes de servicio de los distintos servicios para su evaluación y aprobación. Responsable: FEA Digestivo

- Organización de los recursos necesarios para iniciar las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.

o Lugar físico y personal administrativo para emisión de informe .

o Determinar la periodicidad y hora para su celebración.

o Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) interno de funcionamiento. Incluirá demoras máximas consensuadas en exploraciones, citas en consultas y cirugía, además de la revisión de la evolución de los casos.

o Elaboración del formulario para el registro informatizado de todas las reuniones de la comisión y decisiones tomadas para su posterior análisis.

- Elaboración de un calendario de sesiones para las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.

- Divulgación de la existencia de dichas sesiones entre los médicos que tratan esta patología, mediante sesiones clínicas. FEA Digestivo y cirugía.

INDICADORES

Registro de:

- Número de sesiones realizadas por la comisión a los 6 y 12 meses de la puesta en marcha de este proyecto.

- Número de casos clínicos valorados en las comisiones realizadas.

- Decisiones tomadas en la comisión (cirugía, intensificación de terapia médica,, nuevas pruebas diagnósticas, etc)

Evaluación del impacto de la asistencia multidisciplinar mediante:

- Medición de tiempos de demora desde las decisiones tomadas en la comisión hasta que se lleven a cabo.

- Tasa de demoras inapropiadas. Número de pacientes en los que se realiza dentro de la demora consensuada una técnica radiológica, una cita en consulta o una cirugía, en relación al total de los pacientes en los que se decide alguna de las anteriores intervenciones.

- Valor añadido aportado por la comisión, entendido en términos diagnósticos o terapéuticos. Auditado por revisión retrospectiva de historias clínicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

- Evaluación de la posible ganancia en salud y calidad de vida de los pacientes relacionada con la decisión del comité así como de los posibles efectos adversos.

DURACIÓN

- Presentación del proyecto a los Jefes de servicio de los distintos servicios (noviembre 2016).
- Obtención de los recursos materiales y humanos. Noviembre, Diciembre 2016.
- Elaboración del protocolo y PNT, que incluirá el formulario de recogida de datos. Diciembre 2016, enero 2017.
- Elaborar un calendario de reuniones (enero de 2016).
- Inicio de las reuniones multidisciplinarias (febrero 2017).
- Análisis de los objetivos del proyecto. Número de sesiones realizadas, registro del número de pacientes evaluados e indicadores marcados para el proyecto (octubre, noviembre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO - QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL VICENTE LIDON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL
DUQUE MALLÉN MARIA VICTORIA
SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR
SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS
DE LA ROSA RAQUEL
CORSINO ROCHE PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han celebrado 8 comités en los meses que llevamos desde su instauración (1por mes). En ellos se han presentado un total de 20 pacientes para la toma de decisiones diagnosticas o terapéuticas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La toma de decisiones a partir del comité ha arrojado resultados positivos evidentes, como la incorporación de diversas perspectivas terapéuticas que mejoran sin duda el tratamiento de cada paciente concreto. Además se habrá disminuido, con total seguridad, aunque no lo tenemos medido, la demora efectiva de pruebas diagnósticas y terapéutica en aquellos pacientes presentados en la comisión y que así lo requerían. Mas allá de estos resultados medibles, la celebración de las comisiones y la creación de un grupo multidisciplinar, con sensación del pertenencia al mismo entre los diversos miembros, ha mejorado en mucho ámbitos la cooperación entre las especialidades implicadas. Es este un aspecto no medible pero de especial importancia en mi opinión

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Continuar en esta línea, ampliando el número de reuniones de acuerdo a las necesidades. Incluir en el grupo al resto de especialidades implicadas si el caso clínico lo requiere.
Conseguir en el futuro la certificación de la unidad de enfermedad inflamatoria intestinal del HUMS, en la que la comisión multidisciplinar desempeña un papel clave.

7. OBSERVACIONES.

Aún está pendiente la contratación de enfermería especializada para la unidad de enfermedad inflamatoria intestinal, que desempeña un papel central en el buen funcionamiento del comité, tal y como consta en todos los documentos elaborados al respecto. De hecho sin dicha figura el proyecto no es viable a medio plazo. Diríamos más, no es viable una unidad de enfermedad inflamatoria intestinal de calidad en un centro como el HUMS.
RESPONSABLE DE LA COMISIÓN: SANTIAGO GARCÍA LÓPEZ

*** ===== Resumen del proyecto 2016/842 ===== ***

Nº de registro: 0842

Título
CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Autores:
VICENTE LIDON RAQUEL, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, ESTRADA ABAD PILAR, MONZON ABAD ANDRES, MARTINEZ GERMAN ANTONIO, SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR, SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS, LARROSA LOPEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología.: Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO - QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad clínica crónica que afecta sobre todo a personas jóvenes cuya incidencia va en aumento de manera progresiva en nuestro medio. En muchas ocasiones la complejidad de los casos es muy alta lo que hace necesario la colaboración de múltiples especialidades para su manejo. De hecho, la recomendación actual sobre el manejo de la EII es llevarlo a cabo en unidades de abordaje integral a la EII (UAIEII), formadas por diversos profesionales expertos en la EII. En nuestro centro ya llevamos a cabo este abordaje interdisciplinar pero de forma funcional, sólo gracias a la colaboración no estructurada de ciertos profesionales especialmente implicados y expertos en la EII. Sin embargo, existen importantes dificultades de cooperación entre nosotros por la ausencia de una estructura orgánica. Crear una comisión multidisciplinar para el abordaje terapéutico a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (CTEII), inicialmente sobre todo para los casos complejos en los que se plantea la cirugía, permitiría solucionar en gran medida estos problemas y mejorar la atención a los pacientes con EII. Constituirá el primer paso, y prioritario, en la posterior creación de una UAIEII que impulsaría y ampliaría aún más el abordaje interdisciplinar a la EII.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención asistencial en pacientes diagnosticados de EII que requieren atención por varios especialistas debido a su complejidad, determinando cuáles son las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con las guías actuales de manejo de la EII.

- Optimización de los recursos sanitarios según la decisión del manejo especializado y multidisciplinar, evitando exploraciones innecesarias y programando los tiempos concretos para realizar exploraciones diagnósticas y cirugía.

MÉTODO

- En paralelo a este proyecto de mejora se seguirán los pasos necesarios establecidos para la creación de comisiones multidisciplinarias hospitalarias. Responsable : FEA Digestivo

- Presentación del proyecto a los jefes de servicio de los distintos servicios para su evaluación y aprobación. Responsable: FEA Digestivo

- Organización de los recursos necesarios para iniciar las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.

o Lugar físico y personal administrativo para emisión de informe .

o Determinar la periodicidad y hora para su celebración.

o Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) interno de funcionamiento. Incluirá demoras máximas consensuadas en exploraciones, citas en consultas y cirugía, además de la revisión de la evolución de los casos.

o Elaboración del formulario para el registro informatizado de todas las reuniones de la comisión y decisiones tomadas para su posterior análisis.

- Elaboración de un calendario de sesiones para las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.

- Divulgación de la existencia de dichas sesiones entre los médicos que tratan esta patología, mediante sesiones clínicas. FEA Digestivo y cirugía.

INDICADORES

Registro de:

- Número de sesiones realizadas por la comisión a los 6 y 12 meses de la puesta en marcha de este proyecto.

- Número de casos clínicos valorados en las comisiones realizadas.

- Decisiones tomadas en la comisión (cirugía, intensificación de terapia médica,, nuevas pruebas diagnósticas,etc)

Evaluación del impacto de la asistencia multidisciplinar mediante:

- Medición de tiempos de demora desde las decisiones tomadas en la comisión hasta que se lleven a cabo.

- Tasa de demoras inapropiadas. Número de pacientes en los que se realiza dentro de la demora consensuada una técnica radiológica, una cita en consulta o una cirugía, en relación al total de los pacientes en los que se decide alguna de las anteriores intervenciones.

- Valor añadido aportado por la comisión, entendido en términos diagnósticos o terapéuticos. Auditado por revisión retrospectiva de historias clínicas.

- Evaluación de la posible ganancia en salud y calidad de vida de los pacientes relacionada con la decisión del comité así como de los posibles efectos adversos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO - QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

DURACIÓN

- Presentación del proyecto a los Jefes de servicio de los distintos servicios (noviembre 2016).
- Obtención de los recursos materiales y humanos. Noviembre, Diciembre 2016.
- Elaboración del protocolo y PNT, que incluirá el formulario de recogida de datos. Diciembre 2016, enero 2017.
- Elaborar un calendario de reuniones (enero de 2016).
- Inicio de las reuniones multidisciplinares (febrero 2017).
- Análisis de los objetivos del proyecto. Número de sesiones realizadas, registro del número de pacientes evaluados e indicadores marcados para el proyecto (octubre, noviembre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0866

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL BOUDET BARRACA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORSINO ROCHE PILAR
MORALES MARINA MARIA ANGELES
SANZ SEGURA PATRICIA
GARCIA CAMARA PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han intercambiado 661 correos electrónicos con los pacientes de la unidad, resolviendo dudas, facilitando dudas, recomendando actitudes, acciones terapéuticas, pautas de vida o facilitando pruebas complementarias.

Hemos intercambiado además 725 llamadas telefónicas relacionadas con el manejo de la enfermedad.

Se han realizado múltiples publicaciones en el Tweet de la unidad, a modo en su mayoría de información al respecto de actividades propias o de interés para el paciente.

No obstante, el requisito básico para la puesta en marcha de este proyecto, fue la dotación por parte del hospital de una enfermera asistencial en nuestra unidad, que facilitara dichas tareas y pudiera encargarse del teléfono móvil. Al no disponer de la misma, la actividad se ha realizado por parte de los facultativos y enfermera de investigación, de forma añadida a su actividad habitual. De la misma manera, no ha sido posible dar de alta la línea de telefonía móvil, al no disponer de nadie que pudiera encargarse de atenderla en horario laboral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Si bien resulta casi imposible de cuantificar, sin duda, la actividad desarrollada ha contribuido a disminuir la carga asistencial de nuestras consultas, hospitalización y servicio de urgencias, así como las consultas de atención primaria de los pacientes.

No obstante, sigue resultando clave la incorporación de una enfermera con tarea asistencial de coordine esta labor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante este año la principal enseñanza ha sido que sacrificando tu tiempo de ocio personal, puedes suplir parcialmente la falta de medios humanos existente en nuestra unidad actualmente, ya que los medios propuestos de han mostrado eficaces, pero sin tiempo específico dedicado a ellos en nuestras respectivas agendas. No obstante, aspiramos a la pronta resolución de la situación.

7. OBSERVACIONES.

Precisamos la incorporación a muy corto plazo de una enfermera asistencial que pueda hacerse cargo y coordinar las funciones de telemedicina en nuestra unidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/866 ===== ***

Nº de registro: 0866

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". PROGRAMA DE TELEMEDICINA

Autores:
BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL, CORSINO ROCHE PILAR, MORALES MARINA MARIA ANGELES, SANZ SEGURA PATRICIA, GARCIA CAMARA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0866

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermedad inflamatoria intestinal (EII), constituida por Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, conforma una patología crónica que alterna periodos de remisión con otros de actividad inflamatoria imprevisible, que puede requerir una rápida valoración y un tratamiento médico. El enfoque actual de las enfermedades crónicas contempla no sólo la enfermedad en sí misma (dimensión biológica), sino también la recuperación de la salud y el bienestar (dimensiones psicológicas y sociales de la persona), mejorando así la calidad de vida de los pacientes y el de su familia.

El alto índice de ocupación de las consultas dedicadas a la enfermedad, impide en ocasiones ofrecer la atención precisa en el lapso de tiempo deseable. Es necesario buscar herramientas que permitan al paciente un contacto y acceso rápido a una atención sanitaria cuando sea preciso.

El personal de la unidad puede además suministrar peticiones de pruebas, informes médicos o alertar a determinados pacientes sobre datos o informaciones recientes (Alteraciones analíticas relevantes, problemas con determinados fármacos,...) mediante estos canales.

La utilización de distintos medios (teléfono, mail, faxes, Webs, redes sociales,...) reduce la barrera comunicativa entre el paciente y el equipo sanitario y facilita estos objetivos de forma eficaz y económica. Gracias a estas herramientas, otras cuestiones que pueden surgir en el paciente durante su enfermedad, pueden ser resueltas de forma cómoda y rápida tanto para el paciente como para el personal de la unidad, ahorrando recursos que quedan disponibles para resolución de otros problemas.

Gracias a estos medios, se facilita además el acceso a información escrita complementaria sobre la enfermedad y temas relacionados, el aumento de adherencia al tratamiento o la integración del paciente en asociaciones de pacientes, aumentando así el grado de implicación del paciente con su enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS

La implementación de los medios propuestos, mejora la atención al paciente, y evita que se sienta desprotegido. Contribuye además a la adecuación de determinadas consultas presenciales o telefónicas, tanto en la propia unidad como en otros canales (Urgencias, secretarías de planta o endoscopia, personal de consultas,...) lo que supone una mejora en la calidad de la atención al paciente programado. Cuando el paciente utiliza estos medios para comunicar una situación urgente, obtiene una rápida respuesta por parte de su equipo médico habitual, optimizando el manejo de su patología.

MÉTODO

Proponemos varias formas de contacto:

- Correo electrónico: Proporciona un medio de contacto mayoritariamente accesible. Sus ventajas son la disponibilidad sin limitaciones horarias e independiente de la ubicación del paciente. Permite el envío y recepción de documentos adjuntos (informes, imágenes, solicitudes de pruebas,...).

El personal sanitario puede ofrecer una respuesta en sus momentos de disponibilidad, permitiendo que algunas cuestiones puedan ser consultadas con otros miembros de la unidad o externos a ella en caso de ser preciso.

- Teléfono móvil: Contacto más inmediato. Accesible a toda la población. Puede ser utilizado en caso de necesidad de respuesta urgente. Su principal limitación es la disponibilidad horaria del personal que atiende el servicio.

- Redes sociales: Transmiten información, eventos o ideas a los pacientes.

- Páginas web: Facilitar a los pacientes páginas web de fiabilidad contrastada.

El proyecto se llevará a cabo en la Unidad de EII del Servicio de Digestivo del Hospital Miguel Servet, compuesta por 3 digestólogos expertos en el manejo de EII y 2 enfermeras adscritas a la unidad, formadas en EII.

Las tareas y horarios de atención se reparten con el objetivo de que ninguna demanda que requiera atención prioritaria pase más de 24-48 horas sin respuesta.

INDICADORES

Recogida de las demandas de atención sanitaria realizadas por vía telemática a la unidad de EII del Hospital Miguel Servet.

Se realizará un registro del número y tipo de demandas efectuadas, calculando los porcentajes de demandas resueltas telefónicamente, vía email o presencialmente.

Se elaborará también un registro de las demandas resueltas por enfermería y de aquellas que cuentan con la intervención del médico responsable del paciente, derivación a urgencias, ingreso o interconsultas.

Con los datos recogidos, se propone la elaboración de un informe anual que permita comprobar la actividad efectuada, así como su efectividad.

DURACIÓN

El programa ha iniciado su funcionamiento en prueba desde hace algunos meses, (especialmente en lo que se refiere a mail y presencia en redes sociales). Actualmente se realizan ajustes en las formas de recibir y responder las comunicaciones por parte del paciente.

La atención por medio de teléfono móvil se halla en trámites de alta en el momento actual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0866

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"

No se prevé una fecha de finalización del programa.

OBSERVACIONES

Presentado previamente con numero 723 (exceso de caracteres)

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0852

1. TÍTULO

MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN LAIN MERCADAL
· Profesión TECNICO ELECTROMEDICINA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ SERRANO PEDRO
ESPIAGO GRACIA AGUSTIN
CASAO HERNANDEZ JESUS
ARTIGAS GRACIA RAFAEL
SOTERAS GABAS JOSE LUIS
PORROCHE SORBE CARMEN
BEISTY CHUECA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han sido comunicar el proyecto a los participantes de este.

Para el mantenimiento de la ISO se han realizado las Auditorías internas, revisión por la dirección auditorías externas en las fechas programadas.

Las acciones realizadas han sido las reuniones con el grupo de mejora para la revisión de las no conformidades y revisión de la documentación de las normas.

El material elaborado han sido los informes de las auditorías y las actas de las reuniones del grupo de Mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado es que el Servicio de Electromedicina sigue manteniendo la ISO 9001 y la ISO 13485. Para ello se creó un objetivo para el aumento de incidencias con sus respectivos indicadores que se revisan trimestralmente, la fuente de obtención de los datos es revisando el listado de incidencias viendo que hay aumento de estas, y pasando correctamente las auditorías y revisiones por la dirección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora es que hay que conseguir más participación aún de todos los componentes del servicio para conseguir que haya más incidencias, pues habiendo habido un aumento de incidencias apreciable se tendría que conseguir que hubiese más incidencias.

Tras todas las reuniones del grupo de mejora, las auditorías, revisiones por la dirección se ha conseguido mantener las certificaciones de las dos ISO's..

Los aspectos que han quedado pendientes son que se tendría que conseguir más participación, aunque se ha notado más colaboración, por parte de todo personal del servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/852 ===== ***

Nº de registro: 0852

Título
MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS

Autores:
LAIN MERCADAL JUAN, MUÑOZ SERRANO PEDRO, ESPIAGO GRACIA AGUSTIN, CASAO HERNANDEZ JESUS, ARTIGAS GRACIA RAFAEL, SOTERAS GABAS JOSE LUIS, PORROCHE SORBE CARMEN, BEISTY CHUECA MARTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0852

1. TÍTULO

MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Merjorar la Calidad en el Servicio.

PROBLEMA

El Servicio de Electromedicina del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001-13485 desde el año 2010
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Electromedicina para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 y 13485 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro plantenamiento es: Mantener las certificaciones y aumento de las incedencias en el SGC para los temas que surgen y tienen transcendencia e incrementar el registro de incidencias como intrumento de mejora de seguridad del paciente

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Para dinamizar e integrar el SGC entre los componentes del servicio, se habilita una via de más practitca para la recogida de incidencias. Asi mismo el Grupo de mejora se implicara en la revision de estas.

INDICADORES

Aumento de incidencias por parte del presonal. Nº de personas que registran incidencias /Personal.

En el 100% de las reuniones del grupo de mejora se tratara la y evaluara el objetivo.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
- Impantación de propuestas de mejoras aboradadas en la Revision por la dirección.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Cada tres meses hasta Diciembre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1405

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 24/03/2018

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.
LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2017 en 148 días de consulta han valorado 504 pacientes de primer día en consulta de Nutrición tras alta (GNUTRA)= 3.4 valoraciones por día. De ellos, 82.3% tras alta del Hospital San Juan de Dios y 17.7% del Hospital Militar (Servicios de Geriátría y Medicina Interna)

Respecto al tratamiento nutricional indicado:

- -Solo se ha prescrito espesante 21.1% por presentar disfagia sin desnutrición evidente
- -Solo se ha prescrito nutrición enteral oral 18.7% por presentar desnutrición proteico calórica severa
- -Se ha prescrito espesante junto con nutrición enteral oral 48.3%
- -Se ha prescrito nutrición enteral por sonda 4.3%
- -Se ha prescrito solo proteína en polvo por presentar desnutrición proteica pura
- -Se ha rechazado la indicación por no presentar desnutrición grave, administrando recomendaciones dietéticas 3.3%

Respecto a la duración de la administración de nutrición y/o espesante:

- El 3.3% no estaba indicado
- El 14.4% solo 3-4 meses tras el alta hospitalaria porque previamente estaba bien y pensamos que se recuperará
- El 1% durante 6 meses
- El 81.3% durante 12 meses (tiempo máximo permitido para el informe porque suponemos que es una indicación a largo plazo por ser una situación crónica al estar ya desnutrido antes de ingresar en el hospital)

Respecto a la demora en la atención

- El 5.3% se han visto en el mismo día de su recepción (acudieron los pacientes sin citar)
- Un día 31.6%
- Dos días 14.8%
- Tres días 18.7%
- Cuatro días 12.9%
- Cinco días 3.3%
- Seis días 2.9%
- Siete días o más 10.5% (coincidiendo con los meses de julio, agosto y septiembre).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Indicador de demora: días que tarda desde que se solicita hasta que se atiende al paciente: 2 días (2-4 días)= 83.3% de los pacientes vistos en esos 2-4 días
- Indicador de pacientes a los que no requieren nutrición enteral sino solo recomendaciones dietéticas: 5% (0-15%)= el 3.3%
- Indicador de presión asistencia: número de pacientes atendidos al día: 2 pacientes/día (0-3 pacientes / día)= 3.4 pacientes al día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados son buenos, dentro de los esperado en los indicadores.
Todavía son remitidos muchos mas pacientes del Hospital San Juan de Dios que del Hospital Militar.
La presión asistencial es ligeramente superior a la esperada. El problema se plantearía si llegase el mismo número de pacientes del Hospital Militar que los que están llegando del Hospital San Juan de Dios.

7. OBSERVACIONES.

No me había llegado ningún correo electrónico ni de confirmacion de recepción del proyecto ni luego reclamando los resultados. Por lo que mandé yo un correo preguntando y así obtuve el número de registro

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1405 ===== ***

Nº de registro: 1405

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1405

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

Título
VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

Autores:
SANZ PARIS ALEJANDRO, LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El hospital Militar de Zaragoza atiende a pacientes de nuestra área santiaria que al ser dados de alta de hospitalización pueden requerir nutrición enteral y/o espesante. Dichos pacientes no son valorados por la Sección de Nutrición y Dietética durante su estancia hospitalaria. Para la prescripción de nutrición enteral y/o espesante es preceptivo la valoración nutricional por parte de una Unidad de Nutrición y Dietética. Dichos pacientes son dados de alta con la indicación de nutrición enteral y/o espesante por parte de su médico de planta del Hospital Militar y se les remite a su médico de Atención Primaria, que a su vez los remite a Consultas Externas de Nutrición.

Este proceso ocurre igual con los pacientes que son dados de alta del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza. Para evitar dichos trámites se creó a principios de año una consulta específica de nutrición (GNUPRA) a la que se citan telefónicamente y directamente los pacientes antes de su alta.

Nos proponemos que los pacientes que son dados de alta del Hospital Militar de Zaragoza sigan el mismo proceso que los del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS

Los pacientes que requieren nutrición enteral y/o espesante al alta del Hospital Militar de Zaragoza son valorados en Consultas de Nutrición sin solución de continuidad al alta hospitalaria.

Consiste en:

- valoración nutricional
- prescripción de la nutrición enteral y/o espesante individualizado para el pacientes
- Informe para Inspección Médica
- Recomendaciones dietéticas en caso de no ser necesaria la nutrición enteral.
- Recomendaciones de cómo usar los espesantes
- Recomendaciones de cómo administrar la nutrición por sonda en caso necesario

MÉTODO

Se les atiende en consulta de lunes a jueves con una demora de un día (excepto fines de semana). La citación se realiza mediante llamada de teléfono directamente a consultas externas de nutrición, para citarla para el día siguiente. Abrir la consulta de GNUTRA para los pacientes que son dados de alta del Hospital San Juan de Dios fue complicado porque se pretendía gran agilidad en la citación. Para esto se requería que los pacientes se citaran directamente de un día para otro en la Consulta de GNUTRA.

Mediante el concurso de la Supervisor de Consultas Externas (Conchita Martínez), la Subdirección Médica (María Esther Carmen Garcés), Citaciones (Oscar Sienes) y la auxiliar de Consultas de Endocrinología y Nutrición (Mercedes Borja) se pudo abrir esta Consulta de Nutrición.

En la actualidad, incorporar a esta consulta los pacientes que van a ser dados de alta del Hospital Militar de Zaragoza es menos complejo

INDICADORES

- 1- Indicador de demora: días que tarda desde que se solicita hasta que se atiende al paciente: 2 días (2-4 días)
- 2- Indicador de pacientes a los que no requieren nutrición enteral sino solo recomendaciones dietéticas: 5% (0-15%)
- 3- Indicador de presión asistencia: numero de pacientes atendidos al día: 2 pacientes/día (0-3 pacientes / día)

DURACIÓN

Dado que se trata de ofertar un servicio que ya se está realizando a otro hospital, la implantación es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1405

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

inmediata.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1410

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II DE ARAGON

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JAVIER ACHA PEREZ
· 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
GRACIA RUIZ MARISA
ALVAREZ BALLANO DIEGO
MONREAL VILLANUEVA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó una recogida de datos (de forma manual), al no disponer de datos en historia electrónica, para conocer la situación de partida de una serie de indicadores (recogidos en la historia clínica del Hospital o Centro de Especialidades).
- Selección de la muestra: Se seleccionaron 5 pacientes con DM1 de cada Médico Especialista de los Centros de Especialidades y del Hospital.
- En total se recogieron los datos de 41 pacientes (Peso, Talla, Evolución, Complicaciones micro y macroangiopáticas, determinaciones analíticas, HbA1c, nº de visitas anuales, realización f.de ojo, fracciones lipídicas, TA, fármacos, reserva insulina, autoinmunidad y enf. asociadas, hipoglucemias leves y graves, úlceras de pies, ITB)
- Los datos obtenidos se introdujeron en una plantilla Excell (la puede solicitar el departamento de Calidad en Salud).
- Procesamiento de los datos estadísticamente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Nº visitas médicas y de enfermería:1,92. Objetivos: 2-3 x año
 - Determinación LDL-Col: 100%. Nivel objetivo medio: 101,23 mg/dl. Estándar 100%. Objetivo 100-130.
 - HbA1c:100%. Estándar 90%. Nivel medio:7,12%. Objetivo <7%.
 - Registro tabaco: Muy escasamente recogido y/o mal recogido tanto en la Historia clínica física como electrónica. No se puede validar.
 - Autocontrol-autocuidados: 1 control: 72,5%; 2 controles 15%; 3 controles 7,5%. Estándar en 2-3 controles 90%.
 - Nº de hipoglucemias recogidas: Leves 62,5%; graves:17,5%. Estándar graves <5/1000.
 - Realización fondo de ojo: 98%. Estándar 90%
 - Realización de exploración pies (ITB): 20%. Estándar 90%
- Todos los datos han sido obtenidos de la historia clínica manual y electrónica.
- IMC: realizado en el 92%. Estándar 100%. Nivel medio IMC 27,04. Estándar 25%.
 - TA: Determinada en el 97%. Estándar 100%. TA media: 110/76. Estándar: <135/85

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este estudio nos ha permitido ver y analizar datos, hasta la fecha no disponibles, al no tener indicadores informatizados. Resulta paradójico que los pacientes con DM2 atendidos en primaria si que disponen de estos datos).
A pesar de todo, el grado de control de nuestros pacientes (hallados en esta muestra) es bastante bueno, sobre todo en el grado de control glucémico, lípidos y TA.
Nos falta realizar un mayor grado de intervenciones educativas en lo que respecta a : Tabaco, inspección de pies, aumento del autocontrol glucémica y cuantificación de las hipoglucemias

7. OBSERVACIONES.

Estos datos los presentaremos también en el Grupo que elabora el Plan Integral de Aragón para su conocimiento. La acción de mejora primordial, a nuestro modo de entender, pasa en primer lugar por disponer de una Historia Electrónica Única para todo el SALUD, con botones de alarma que soluciones las carencias detectadas.

Nota: Nos gustaría seguir realizando esta evaluación año a año para controlar la evolución de los indicadores.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1410 ===== ***

Nº de registro: 1410

Título
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1410

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II DE ARAGON

Autores:

ACHA PEREZ JAVIER, TRINCADO AZNAR PABLO, ALVAREZ BALLANO DIEGO, GRACIA RUIZ MARISA, MONREAL VILLANUEVA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta a gran número de personas, representando un problema de salud pública de enormes proporciones.

Su prevalencia conocida se sitúa alrededor del 7% de la población, y va en aumento con la edad. En Aragón se estima que existen unos 90.000 pacientes con DM. Presenta una incidencia anual de 10-12 casos nuevos /100.000 hab/año para DM1 y 60-150 casos nuevos /100.000 hab /año para DM2. La prevalencia estimada de pacientes con DM1 está alrededor de los 2000 pacientes.

En los últimos años, los distintos departamentos de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas han intentado dar soluciones a este problema y desde el año 2015, disponemos en Aragón de un Plan de Atención integral al paciente con Diabetes Mellitus tanto tipo 1 como 2.

Actuaciones globales que se pretender conseguir en relación al Plan Integral:

1. Establecer estándares para cada indicador, que nos permitan la evaluación comparada de los datos de nuestra área de salud, para compararla con el resto de Aragón y con el Estado.
2. Validar los indicadores de calidad con adecuación permanente del Plan Integral y de los protocolos.
3. Detectar problemas en las actividades de atención al paciente diabético (organizativas o estructurales...)
4. Realizar propuestas de mejora de la calidad con definición de indicadores de proceso y resultado, priorizando los problemas en función de su vulnerabilidad, trascendencia y disponibilidad de recursos de cada centro.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Implementar un Programa de Mejora Continua de la Calidad en el cuidado de los Diabéticos tipo 1 atendidos por Especialistas en Endocrinología y Nutrición del Sector II.
2. Valorar la influencia del Programa de Mejora Continua de la Calidad dentro del plan integral de DM de Aragón en:
 - Resultados a corto plazo: mejora del control metabólico (glucemia, colesterol, triglicéridos, tensión arterial, peso., despistaje de enfermedades autoinmunes asociadas, planificación de gestación en diabéticas tipo 1)
 - Hipoglucemias graves o no reconocidas
 - Resultados a largo plazo: disminución de la incidencia de casos de ceguera, de amputaciones, de insuficiencia renal, y de enfermedad cardiovascular.

MÉTODO

1.- Reunión informativa (Mayo 2017)

2.- Recogidas de datos según el siguiente método:

Diabéticos tipo 1 (DM1) seleccionados por muestreo sistemático con arranque aleatorio, a partir del listado de diabéticos de cada Centro de Especialidad u Hospital.

Selección de la muestra:

De cada población de referencia en los distintos centros se evaluará una micro muestra de historias de pacientes diabéticos. El tamaño se calculará multiplicando por 5 el número de unidades básicas de asistencia que integren el CES u Hospital evaluado

Al conocer la situación de partida y una vez evaluados los resultados, junto con los indicadores, podremos establecer las medidas pertinentes para mejorar la asistencia de los pacientes con DM1.

Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios.

INDICADORES

Los indicadores de calidad propuestos se basan en los definidos en la Declaración de San Vicent y del propio Plan Integral.

Indicadores de proceso:

En relación con la organización

- número de visitas médicas y de enfermería (sin contar las no relacionadas con la diabetes, por ejemplo para recetas, etc.).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1410

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II DE ARAGON

- número de intervenciones educativas de contenido diferente.

En relación con determinaciones de laboratorio

- Determinación de colesterol LDL o No-HDL y HDL-colesterol.
- Determinación de hemoglobina glicada.
- Determinación de micro albuminuria.
- Determinación de Funcionalismo renal
- Determinación de endocrinopatías asociadas

En relación con las exploraciones

- Determinación de peso, talla, y tensión arterial.
- Fondo de ojo.
- Revisión de pies y estratificación del riesgo.

En relación con practica de autocuidados.

- práctica de autoanálisis de glucemia capilar domiciliario.

Indicadores de resultado:

En relación a resultados intermedios:

- número de pacientes con control aceptable de: hemoglobina glicosilada, Tensión arterial, IMC, nivel de lípidos.
- número de pacientes que utilizan los servicios hospitalarios por descompensación hiperglucémica o hipoglucémica severa.
- número de pacientes en tratamiento con antidepresivos/ansiolíticos:

En relación a resultados finales:

- Retinopatía - ceguera.
- Lesiones en pies: úlceras, amputaciones.
- Lesión renal: micro albuminuria, proteinuria, insuficiencia renal.
- Complicaciones cardiovasculares: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular.

DURACIÓN

Inicio Mayo 2017- finalización prevista Noviembre 2017-03-29 Procesamiento de datos Diciembre 2017
Responsables los que figuran en anteriores apartados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0625

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
GALINDO ALLUEVA MARIA
OLIER MARTINES PILAR
GASSO SANCHEZ AMALIA
PEREIRA BLANCO OLGA
ARIAS SANCHEZ AGATA
NAVARRO PARDO IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de este proyecto se han realizado las informaciones dirigidas a los pacientes VIH del 100% de los nuevos antirretrovirales que han ido apareciendo y se han ido incorporando en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital, de forma que se dispone de información escrita de todas las posibles combinaciones de tratamiento antirretroviral, por lo que se ha podido facilitar información por escrito al 100% de los pacientes atendidos, principalmente a aquellos que inician su tratamiento y a los que han sufrido un cambio en el mismo. Facilitar información oral y escrita, asegura que el paciente conoce posología, frecuencia, efectos adversos frecuentes y posibles interacciones, y motivan al paciente para un correcto cumplimiento del tratamiento. También se ha realizado información escrita de los tratamientos del VHC, donde se ha diseñado una información común con el resto de Hospitales de Aragón, donde se recoge los siguientes apartados: ¿Qué es?, ¿Cómo se debe tomar?, ¿Qué hacer si se ha olvidado una dosis o vomita?, ¿Cuándo no debe tomar el medicamento?, ¿Qué precauciones deben tenerse?, ¿Puede afectar la toma de otros medicamentos?, ¿Qué problemas pueden producirse con su empleo? Acuda a urgencias si aparece... ¿Cómo se conserva? y ¿Cómo puedo conseguir este medicamento?. Además se utiliza el mismo documento para incluir determinadas recomendaciones al paciente y donde el paciente pueda añadir a modo de agenda las semanas de tratamiento, fecha de inicio y fecha final de tratamiento, próximas visitas a farmacia y medicación concomitante; en todas las informaciones se incluye los datos de la Unidad de Pacientes Externos como horario, teléfono y email de contacto. A todo paciente en tratamiento se revisan las posibles interacciones con la medicación concomitante. Se mide el grado de adherencia de los pacientes tratados de VHC mediante el registro de dispensaciones y se obtiene el % de pacientes que alcanzan RVS12 (respuesta viral sostenida a la semana 12 de terminar el tratamiento). En enero de 2017 se realiza una encuesta de satisfacción, donde se preguntan aspectos sobre la información recibida, trato del personal, horario e instalaciones (lugar y comodidad). Se calculan los indicadores gasto/paciente/año VIH y gasto/paciente/año Terapias Biológicas Reumatología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 100 % pacientes VIH+ reciben información escrita y oral (>95%)
- El gasto medio anual paciente VIH fue de 6.704,74 (1.288 pacientes) en 2016 y 6.236,04 (1.334 pacientes) en 2017.
- El gasto medio anual del paciente en tratamiento con Terapia Biológica en reumatología en 2016 fue de 8.542,38 (661 pacientes).
- En 96 % de los pacientes están satisfechos en general con la Unidad de Pacientes externos, aunque solo lo están en un 48% respecto al tiempo de espera y en un 63% con el horario de la Unidad.
- En los años 2016 y 2017 se ha dispensado tratamiento para el VHC a 678 pacientes, de ellos se tiene posibilidad de conocer la respuesta viral sostenida (RVS) a las 12 semanas de tratamiento de 477, ya que 201 iniciaron el tratamiento a partir de agosto de 2017. De los 477 pacientes un 98% obtuvieron RVS12. Se evaluó la adherencia de los pacientes que iniciaron y completaron tratamiento para el VHC entre el 01/10/2016 y el 31/12/2017, que fueron 374. El 99.5% de los pacientes presentaron un grado de adherencia >95% (únicamente 2 pacientes presentaron mala adherencia). El porcentaje de adherencia media fue de 99.7%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos propuestos en este proyecto de mejora continúa en la atención farmacéutica al paciente externo se han cumplido durante el periodo descrito. Se ha proporcionado información escrita y oral a todos los pacientes VIH y/o VHC atendidos, se ha potenciado la adherencia a los tratamientos obteniendo resultados óptimos en salud (RVS 12 semanas), así como se ha medido el impacto económico de diferentes patologías. Un año más se ha conseguido la mejora en la eficiencia de los tratamientos antirretrovirales y las terapias biológicas en patologías reumatológicas, disminuyendo el coste medio por paciente.

Se considera muy importante la continuidad de este proyecto, ya que la información y educación al paciente permite que éste participe mejor en su tratamiento (empoderamiento del paciente) y por tanto, alcanzar los objetivos de resultados en salud.

En cuanto a la satisfacción, un alto porcentaje de pacientes está mucho o muy satisfecho con la atención general de la Unidad de pacientes Externos, pero dos aspectos indican que podrían mejorarse como: tiempo de espera y horario de atención.

Actualmente la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia se encuentra inmersa en un proceso de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0625

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

mejora que pretende ofrecer un servicio integral para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y asegurar la adherencia en los pacientes externos. Este proyecto incluye la gestión citas, automatización del área y una reorganización funcional del personal facultativo farmacéutico por áreas de conocimiento de forma que se optimice la atención recibida por el paciente y el tiempo dedicado al paciente, aumentando la eficiencia en la gestión de este servicio, aumentando la satisfacción del paciente y la reducción del tiempo de espera, aspectos peor valorados por el paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/625 ===== ***

Nº de registro: 0625

Título
MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, GALINDO ALLUEVA MARIA, NAVARRO PARDO IRENE, OLIER MARTINEZ MARIA PILAR, GASSO SANCHEZ AMALIA, PEREIRA BLANCO OLGA, ARIAS SANCHEZ AGATA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología crónica, tratamientos de uso hospitalario
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Seguridad y eficiencia

PROBLEMA

La falta de adherencia a los tratamientos, especialmente en enfermedades crónicas, es el principal factor de fracaso terapéutico. Se ve afectada por múltiples factores: la enfermedad, el paciente, el equipo sanitario y el tratamiento (efectos adversos y complejidad del tratamiento). Detectar y corregir los factores que pueden influir en la adherencia y monitorizarla de forma rutinaria son importantes para alcanzar el objetivo terapéutico. Una estrategia para mejorar la adherencia es la educación/formación del paciente, donde el farmacéutico tiene un papel relevante facilitando información oral y escrita, asegurando que el paciente conoce posología, frecuencia, efectos adversos frecuentes y posibles interacciones, y motivando al paciente para un correcto cumplimiento del tratamiento. Otro importante aspecto es el conocimiento y control de las interacciones farmacológicas ya que la aparición de interacciones puede dar reacciones adversas o pérdida de efectividad. Los nuevos tratamientos de la hepatitis crónica virus C (VHC) tienen la posibilidad de numerosas y complejas interacciones que pueden comprometer la eficacia y seguridad de estos fármacos o de aquellos tomados concomitantes.

El consumo en el área de pacientes externos supone un alto impacto económico, conocer el gasto paciente/mes a través de un indicador ajustado a tiempo, permite conocer el gasto real y hacer comparaciones económicas entre distintos tratamientos para una misma patología y entre periodos de tiempo.

La valoración de la calidad de la atención percibida por el paciente se realiza a través de encuestas de satisfacción.

Este proyecto se inició en el año 2007, donde se valoró la calidad percibida por los pacientes. En 2008 se inició la línea de mejora de atención farmacéutica al paciente VIH (89% de los pacientes naive información escrita). Durante 2009: 97% de pacientes VIH informados, se valoró la adherencia al TAR y se analizaron las interacciones. En 2010: 97% de pacientes naive informados y 32% de pacientes con cambios, se elaboró un díptico informativo de interacciones de ARV con fitoterapia, y se realizó encuesta de satisfacción con resultados generales muy positivos, pero no la ubicación. En 2011-2014 se continuaron con las actividades de información (97% pacientes VIH naive informados y 95% de cambios de tratamiento y 96% de antineoplásicos orales). En 2015 el 93.5% de los pacientes atendidos en la unidad de paciente externos estaban satisfechos con la atención recibida. Coste medio/paciente/año VIH: 8670€ (2012) y 6.791€ (2015). En 2015 gasto/paciente medio/semestre de tratamiento con TB-reumatología (9.246€), Análisis de interacciones de 193 pacientes tratados con nuevos antivirales directos frente a virus hepatitis C (AAD), 244 interacciones encontradas con una media de 1.25 interacciones/paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0625

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

RESULTADOS ESPERADOS

Favorecer adherencia: paciente VIH y hepatitis C.

- Incrementar seguridad.
- Mantener la satisfacción del paciente en el área de pacientes externos a pesar del incremento de la actividad.
- Conocer el impacto económico del tratamiento a través de un indicador objetivo, ajustado a tiempo en tratamiento: VIH, TB reumatología
- Estudio calidad de vida de paciente VIH, en una muestra de pacientes.

MÉTODO

- Actualizar información al paciente VIH (Herminia Navarro (HN)
- Entrega información escrita. VIH, VHC (HN, Natalia de la Llama NDLL).
- Realizar encuesta de satisfacción (HN y NDLL).
- Valorar gasto/paciente/año: VIH, TB reumatología. (HN y NDLL).
- Revisar y valorar posibles interacciones VHC (HN y NDLL)
- Detección precoz de la no-adherencia en los tratamientos de VHC. Control semanal de recogidas de medicación.
- Diseño de un cuaderno personalizado de información al paciente en tratamiento de VHC, consensuado con el equipo multidisciplinar. (HN, NDLL).
- Entrega del cuaderno de información paciente VHC y cumplimentación según necesidades y agenda del paciente.

INDICADORES

- % pacientes VIH+ información escrita y oral (>95%)
- % de pacientes satisfechos con la atención recibida (>90%).
- Seguimiento gasto/paciente medio/año VIH (mensual), TB reumatología (semestral/anual).
- % pacientes VHC revisión interacciones (>90%).
- Nº de pacientes en seguimiento para una correcta adherencia VHC. (>90%)
- Evaluación del % RVS obtenida tras tratamiento VHC.
- Evaluación de la calidad de vida (SF-12) en paciente VIH.

DURACIÓN

1. Actualización información TAR y tratamiento VHC. (Octubre 2016-diciembre 2017).
2. Entrega información escrita VIH, VHC (Octubre 2016-diciembre 2017).
3. Realización/análisis encuesta. Diciembre 2016 y diciembre 2017).
4. Cálculo gasto/paciente medio/año TB, VIH. (Octubre 2016-diciembre 2017).
5. Valoración de la adherencia paciente VHC (Octubre 2016-diciembre 2017).
6. Evaluación del % de RVS obtenida tras el tratamiento de la VHC. Diciembre 2016 y diciembre 2017.
7. Elaboración del cuaderno personalizado de información al paciente VHC. (Octubre 2016-diciembre 2017).
8. Valoración de la Calidad de vida paciente VIH.-diciembre 2016.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0943

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR CASAJUS LAGRANJA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRIETA NAVARRO RAQUEL
LARRODE LECIÑENA ITZIAR
OLIER MARTINEZ PILAR
PEREZ NOGUERAS FRANCISCO JAVIER
SANCHO GINER MARIA ISABEL
TORRES ANORO ELENA
LORENTE MIRALLAS CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Evaluación de las recetas emitidas por los CSS en el año anterior. Elaborar lista de medicamentos que no formaban parte de la guía farmacoterapéutica del hospital (GFT) y que suponían un elevado coste. Valorar la adquisición de estos medicamentos por parte del servicio de farmacia e informar a los CSS.
Analizar las recetas una vez implantada la medida.
-Validación de las prescripciones médicas de los CSS, realizando intervenciones farmacéuticas (ajuste de dosis, adaptación a los PIT, interacciones...)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Datos obtenidos de Farmasalud.
Indicador 1
-nºrecetas medio por residente año 2015: 10.12
-nºrecetas medio por residente año 2017: 3.48
Disminución : 65.7%
-coste medio receta por residente año 2015: 207.67€
-coste medio receta por residente año 2017: 94.65€
Disminución: 54%
Indicador 2
-coste medio residente centro Las Fuentes 2015: 138.35€
-coste medio residente centro Las Fuentes 2017: 87.25€
Disminución: 35%
-coste medio centro Romareda 2015:127.1€
-coste medio centro Romareda 2017:78.70€
Disminución:38%
-coste medio centro Torrero 2015:316.98€
-coste medio centro Torrero: 113.55€
Disminución 64.18%
Indicador 3
-Gasto de recetas que se podría evitarse: 8854.7€ que corresponde al 19.5% del total
Indicador 4:
_valoración de intervenciones: dificultad a la hora del registro para poder evaluarlas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se han alcanzado los objetivos propuestos tras la adquisición de medicamentos desde el servicio de farmacia del hospital y suministro a los CSS.
-La implantación de la prescripción electrónica en todos los CSS, ha aumentado la adaptación a la GFT del hospital, disminuyendo el número de recetas. Por otra parte permite la validación farmacéutica aumentando la calidad y seguridad en la atención al paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/943 ===== ***

Nº de registro: 0943

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0943

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

Autores:

CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR, ARRIETA NAVARRO RAQUEL, LARRODE LECIÑENA ITZIAR, CASTIELLA GARCIA MARINA, PEREZ NOGUERAS FRANCISCO JAVIER, SANCHO GINER MARIA ISABEL, TORRES ANORO ELENA, LORENTE MIRALLAS CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE ANCIANO

PROBLEMA

En Aragón desde el año 2010 los servicios de Farmacia de Hospital han asumido la dispensación de medicamentos a los centros sociosanitarios (CCSS)de titularidad pública de su sector.

Actualmente en el sector Zaragoza II el Servicio de Farmacia del HUMS gestiona la provisión de la farmacoterapia y nutrición enteral en los CCSS del IASS: Elías Martínez(Torrero)(200 residentes), Romareda (200 residentes) y Las Fuentes (80 residentes).

Tras la reciente implantación en los CCSS de la prescripción electrónica asistida con el programa informático Farmatools® (el utilizado en todos los hospitales del salud), el farmacéutico dispone de información actualizada de las prescripciones específicas de cada residente, de forma que cada modificación realizada por el médico, es validada por un farmacéutico garantizando la adecuación de la prescripción. Además se realizan recomendaciones para adaptar las prescripciones a los medicamentos disponibles en la guía farmacoterapéutica del hospital, disminuyendo por tanto la necesidad de prescribir por receta y como consecuencia, el gasto farmacéutico.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la eficacia y la seguridad de los medicamentos a través del incremento de las intervenciones farmacéuticas.
Disminuir el número y el gasto en recetas de los CCSS
Optimizar el gasto farmacéutico

MÉTODO

Valorar la idoneidad de las prescripciones de acuerdo a las características del paciente (atención farmacéutica)
Evaluación y seguimiento del número y el gasto por receta de cada CCSS mediante los datos obtenidos del programa Farmasalud®.
Valorar la idoneidad en el modo de provisión del medicamento, a través del Servicio de farmacia del Hospital o de recetas a oficina de farmacia, para asegurar que sea el más eficiente.

INDICADORES

Evaluación cuatrimestral de las recetas. Indicador:
- Número y coste medio en recetas por residente y CCSS y comparación del mismo con el año 2015. (indicador : disminuir coste año 2015 8% (media de los 3 CCSS)
- Coste total en medicamentos por residente y CCSS (indicador : disminuir coste año 2015 5%)
- % gasto en recetas que podría haber sido evitado = gasto en recetas de medicamentos que podría haber sido proporcionado por el hospital (Guía, PIT)/ gasto recetas total
- % número de recetas que podría haber sido evitado = número de recetas de medicamentos que podría haber sido proporcionado por el hospital (Guía, PIT)/ número de recetas total .
Indicador: % de intervenciones aceptadas (evaluar)
Los indicadores se evaluarán cuatrimestralmente y se compararán con los resultados del año 2015, año previo a la implantación de la PE

DURACIÓN

Inicio en el primer cuatrimestre de 2017. Periodo de análisis inicial de 1 año y reevaluación de objetivos en función de los resultados alcanzados

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0943

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0969

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL REAL CAMPAÑA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES
ASCASO MARTORELL CONCEPCION
PLANA FERNANDEZ BLANCA
VICTORIA LIARTE FRANCISCO JAVIER
LUCAS HERNANDEZ ANTONIO
GARCES SAN JOSE CRISTINA
GALINDO ALLUEVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio de la situación actual: Realizada. Se analizó tipo de dolor y tratamiento utilizado en los pacientes que acudían por dolor al área de traumatología
Elaboración protocolo de manejo del dolor en el Servicio de Urgencias: En proceso: pendiente de aprobar.
Difusión protocolo del manejo del dolor: se realizarán trípticos, carteles y sesiones al personal implicado:
Pendiente de protocolo definitivo.
Revisión de los pacientes que acudieron con dolor al Servicio de Urgencias para valorar implantación y efectividad del protocolo: pendiente protocolo definitivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha analizado la situación previa a la implantación del protocolo: 546 pacientes, 63,4% mujeres, edad media 52,7±2,11 años. Diagnóstico: 59% dolor articular extremidades, 28% dorsalgia, 10% dolor torácico osteomuscular y 3% dolor abdominal. Tratamiento recibido: 5% AINE tópico, 78,2% AINES sistémicos, 37,6% paracetamol, 8,9% corticoide IM, 18,8% diazepam, 29,7% opioide menor, 4% opioide mayor, 1% duloxetina, 3% gabaérgicos, 2% lidocaína tópica, 1% derivación a unidad del dolor y 4% ningún tratamiento farmacológico. La media de fármacos por paciente fue 1,99±1,14. A 38,6% de los pacientes se les prescribió un único fármaco, 24,8% dos, 20,8% tres y 11,9% cuatro o más. Media fármacos según diagnóstico: Dolor abdominal 1,33±0,58, dorsalgia 2,8±1,36, dolor extremidades 1,71±0,96 y dolor torácico 2,6±1,08. Los diagnósticos con mayor número de tratamientos fueron dolor torácico osteomuscular y dorsalgia con un 20% y 8,9% de pacientes con 4 o más fármacos respectivamente. El 14,9% y el 16,8% de los pacientes volvieron a visitar urgencias y atención primaria respectivamente con el mismo motivo de consulta. Media tiempo hasta revisita urgencias 26,07±33,6 días. Media tiempo hasta revisita AP: 28,53±22,41.
Se ha realizado una revisión de los efectos adversos más frecuentes de los fármacos utilizados y está pendiente de aprobarse el protocolo definitivo de recomendaciones de tratamiento del dolor en Urgencias.
Posteriormente se realizará difusión y reevaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha producido un retraso en la elaboración del protocolo, debido a que una vez iniciado el proyecto, se conoció por uno de los participantes que el Hospital había creado otro grupo para protocolizar el tratamiento del dolor en el hospital. Por ello, se esperó a conocer las recomendaciones intrahospitalarias para, con las adaptaciones necesarias al ámbito de urgencias, no introducir contradicciones entre ambos documentos.
Este hecho ha retrasado bastante el presente proyecto.
El análisis de la situación se realizó según el cronograma previsto y la revisión de los efectos secundarios más frecuentes también. Se estima que en el primer semestre de 2018 se podrá concluir con la aprobación del protocolo y su pertinente difusión.

7. OBSERVACIONES.

No se puede dar por concluido el proyecto aún.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/969 ===== ***

Nº de registro: 0969

Título
MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL, JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES, ASCASO MARTORELL CONCEPCION, PLANA FERNANDEZ BLANCA, VICTORIA LIARTE FRANCISCO JOSE, LUCAS HERNANDEZ ANTONIO, GARCES SAN JOSE CRISTINA, GALINDO ALLUEVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0969

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DOLOR
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El dolor es definido por la International Association for the Study of Pain como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión", siendo, por tanto, una experiencia subjetiva que requieren de instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona.

Es conocido que el dolor puede provocar importantes consecuencias de tipo familiar y laboral, deteriora las relaciones sociales, causa alteraciones del sueño y se relaciona con la aparición de depresión y ansiedad, de manera que es imprescindible tratarlo correctamente para minimizar estas consecuencias. En los Servicios de Urgencias el dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes (en torno al 50%) y es uno de los síntomas que más sensación de urgencia genera, siendo fundamental en la valoración de la urgencia de los pacientes. De hecho, en los sistemas de triaje es un síntoma que valora al alza la necesidad de asistencia, es decir, prioriza la atención del enfermo a un escalón superior, ya que la puntuación de la escala de dolor condicionará en muchas ocasiones el nivel de triaje. Sin embargo, varios estudios, entre los que destaca el EVADUR, han puesto de manifiesto que el manejo del dolor es una de las principales causas de que se produzcan eventos adversos en los Servicios de Urgencias. La Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) determinó la consideración de la valoración del dolor como quinta constante vital, siendo cada vez más los Servicios de Urgencias que han incorporado esta recomendación. Por ello se considera necesario que se desarrolle un protocolo del manejo del dolor en el Servicio de Urgencias del HUMS que ayude a prevenir, mitigar y tratar el dolor en los pacientes, convirtiendo el alivio del dolor en una prioridad.

RESULTADOS ESPERADOS

Consensuar los criterios de valoración y manejo del dolor en el Servicio de Urgencias, estableciendo recomendaciones basadas en la evidencia.
Mejorar el manejo del dolor en los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias
Mejorar los registros de valoración de la intensidad del dolor
Disminuir la tasa de eventos adversos relacionados con el manejo del dolor
Mejorar la formación del personal sanitario en el manejo del dolor

MÉTODO

Creación grupo de trabajo.
Estudio de la situación actual
Elaboración protocolo de manejo del dolor en el Servicio de Urgencias.
Difusión protocolo del manejo del dolor: se realizarán trípticos, carteles y sesiones al personal implicado: facultativos, residentes y enfermería.
Revisión de los pacientes que acudieron con dolor al Servicio de Urgencias para valorar implantación y efectividad del protocolo.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes que cumplen con las recomendaciones establecidas en el protocolo sobre manejo del dolor. Fórmula: (Pacientes en los que se ha aplicado el tratamiento consensuado sobre manejo del dolor/pacientes que acuden por dolor a Urgencias)*100. Valor actual: No procede; Objetivo: >50%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Porcentaje de pacientes que acuden a Urgencias por dolor con registro de valoración de la intensidad. Fórmula: (pacientes que acuden por dolor a Urgencias con registro de valoración/pacientes que acuden por dolor a Urgencias)*100. Valor actual: Desconocido. Objetivo: >50%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Porcentaje de pacientes a los que se ha realizado una revaloración del dolor en el tiempo definido. Fórmula: (pacientes con dolor a los que se realiza revaloración/pacientes que permanecen en Urgencias el tiempo suficiente para requerir revaloración)*100. Se revisará una muestra aleatorizada de pacientes para analizar si se produjeron eventos adversos. Valor actual: Desconocido. Objetivo: >50%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Porcentaje de pacientes que por sufren eventos adversos relacionados por mal manejo del dolor en el Servicio de Urgencias. Fórmula: (pacientes que sufren eventos adversos/pacientes que acuden por reingreso por dolor)*100. Se revisará una muestra aleatorizada de pacientes para analizar si se produjeron eventos adversos. Valor actual: 7% según bibliografía; Objetivo: <7%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Descripción del porcentaje de pacientes que acuden por dolor según su intensidad. Fórmula: (pacientes con dolor leve, moderado, intenso o insoportable/ pacientes que acuden por dolor a Urgencias)*100. Objetivo: Monitorizar. Evaluación anual. Diciembre 2017.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0969

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

Creación grupo de trabajo. Septiembre 2016.
Elaboración protocolo de manejo del dolor en el Servicio de Urgencias. Octubre 2016-Marzo 2017.
Difusión protocolo del manejo del dolor. Realización tríptico, carteles y sesiones al personal implicado: facultativos, residentes y enfermería. Marzo-Abril 2017
Revisión de los pacientes que acudieron con dolor al Servicio de Urgencias para valorar implantación y efectividad del protocolo. Noviembre-Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1005

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE AGUSTIN FERRANDEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO BALLESTER VICENTE
VINUES SALAS CARLOTA
VIÑARAS FRAGUEIRO ANA
YUBERO CISNEROS ROSA
VELA FUENTES RAQUEL
GUALLAR CALVO MARIA REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado formación individualizada a todos los facultativos de los Servicios de Oncología, Digestivo y Reumatología, de tal manera que la PE en dicho Servicio se ha mantenido en el 100%.
Se han actualizado los protocolos en el programa de oncopediatria, siendo la PE del 100%.
Se han realizado sesiones de actualización en el manejo del programa de PE para los clínicos del Servicio de Hematología, alcanzándose al final de 2017 PE en el 85% de las peticiones.
Se han realizado 5 reuniones de formación continuada para el personal de H de día por parte del farmacéutico del área de oncología y 1 al personal de enfermería del laboratorio.
Se han reetiquetado los medicamentos para permitir realizar trazabilidad a través de trazascan pero los numerosos problemas del sistema informático nos han impedido poder extender la trazabilidad en la preparación al 100% de los medicamentos(se producía error en la lectura de algunos medicamentos, no admitía las jeringas como contenedor del medicamento, calculaba mal el suero con el que debía preparar el medicamento, las balanzas perdieron la configuración, el ordenador de la campana no funcionaba, etc). Finalmente en diciembre y tras una importante dedicación por parte del personal facultativo de farmacia en el seguimiento y comprobación de errores sucesivos, se ha podido hacer trazabilidad de >65% de las preparaciones en farmacia porque se ha cambiado de versión el programa y parece que esto ha permitido resolver los múltiples problemas asociados a él.
Los farmacéuticos han valorado las preparaciones fuera de rango de pesada, para su utilización o reciclaje.
No se ha podido realizar trazabilidad en la administración de los tratamientos al paciente por los errores que genera y que todavía siguen produciéndose con el programa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mantenido Prescripción electrónica en el 100% de las prescripciones de Oncología, oncopediatria, Digestivo y Reumatología (parenterales).(objetivo>85%)
>85% de las prescripciones de Hematología de quimioterapia son PE (objetivo>85%)
Se ha realizado el seguimiento cuatrimestral del consumo de medicamentos en oncología y hematología.
La espera de los pacientes ha sido mínima ya que la tasa de preparaciones realizadas tras la hora de cita ha sido del 3.1%(objetivo:<10%) y el tiempo medio entre prescripción y validación: 7.5 min(objetivo <30minutos).
El % de preparaciones con pesada y trazabilidad en la preparación no ha logrado el objetivo de >80% pero ha alcanzado el 65 % a final del 2017, a pesar de los numerosísimos problemas informáticos.
El N° de preparaciones descartadas/n° preparaciones realizadas ha sido muy reducido: 0.5% siendo el objetivo <10%.
Toda la información ha sido obtenida del programa informático OncowinR que es el programa de gestión (desde la prescripción a la elaboración y administración) de la quimioterapia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha trabajado en el proyecto y se han conseguido objetivos muy importantes para la seguridad del paciente como es la generalización de la PE en el área de quimioterapia onco-hematológica.
Los tiempos de espera de los pacientes para la administración del tratamiento, motivados por la actividad en farmacia, han sido mínimos y sólo motivados por el tiempo necesario para la preparación de la quimioterapia pero los errores asociados al funcionamiento del programa informático han impedido avanzar en la trazabilidad en el Hospital de día y han impedido la generalización de la trazabilidad en el Servicio de Farmacia, a pesar de ello, el cambio de versión del programa a final del 2017 ha permitido alcanzar ya una tasa importante de trazabilidad en la preparación(>65%).
El proyecto ha permitido conseguir avances muy importantes en seguridad, quedando pendiente solucionar algunos problemas informáticos para conseguir la trazabilidad total en la elaboración y en la administración

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1005 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1005

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

Nº de registro: 1005

Título
AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

Autores:
URIARTE PINTO MOISES, GIMENO BALLESTER VICENTE, AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE, VINUES SALAS CARLOTA, VIÑARAS FRAGUEIRO ANA, YUBERO CISNEROS ROSA, VELA FUENTES RAQUEL, GUALLART CALVO MARIA REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Reumatología y digestivo en tratamiento con terapias biológicas endovenosas.
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La elevada carga asistencial del área de farmacotecnia (37.240 preparaciones sólo de citostáticos en 2015) puede favorecer que se cometan errores en su preparación. También se ha demostrado que en los hospitales se producen errores en la administración de fármacos IV a pacientes a pie de cama y la gravedad de estos errores va asociada a la toxicidad de los medicamentos infundidos. Uno de los grupos que pueden provocar una mayor morbi-mortalidad son los fármacos citostáticos considerados medicamentos de alto riesgo por su elevada toxicidad y por el gran número de tratamientos diarios distintos que se administran.
Herramientas tecnológicas como los sistemas de identificación de medicamentos y de pacientes han mostrado ser muy útiles para disminuir los errores en la etapa de administración. Existen varios sistemas disponibles:
Identificación por radiofrecuencia, código de barras, data matrix, etc que permiten un doble registro, para confirmar que el paciente correcto recibe el fármaco correcto, en el tiempo, dosis y vía prescritas.
A nivel de elaboración y fabricación de medicamentos también es importante disponer de tecnología como un instrumento de gestión, seguridad y trazabilidad, para asegurar la idoneidad de los preparados tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mantener PE en hospital de día de Oncología, Oncopediatría, Digestivo y Reumatología.
- Generalizarla en el Hospital de día Hematología.
- Formación continuada del personal de enfermería del laboratorio de farmacia y del Hospital de día.
- Mejorar la seguridad en la preparación mediante la identificación a través de código de barras de todos los componentes utilizados en la preparación de citostáticos e identificación inequívoca de que el medicamento elaborado corresponde al solicitado mediante la utilización de código de barras y la implantación de un sistema de control de doble pesada (implantar programa trazascan) .
- Mejorar la seguridad en la administración de citostáticos comprobando en todos los pacientes mediante lectores de códigos que el paciente recibe lo que tiene prescrito por el médico y en el orden correcto (generalizar el uso en todos los pacientes de Oncoscan).

MÉTODO
1. Realización de sesiones de actualización en el manejo del programa de PE para los clínicos de Hematología, Oncología, Oncopediatría, Digestivo y Reumatología. (Servicio de Farmacia)
2. Realización de sesiones formativas en el manejo del programa Oncoscan al personal de enfermería de hospital de día oncología y de Trazascan al personal de farmacia (Servicio de Farmacia)
3. Realizar etiquetado con código de barras de los citostáticos utilizados en farmacia (Personal técnico Servicio de Farmacia)
4. Control por pesada de los citostáticos preparados (Personal técnico Servicio de Farmacia)
5. Comprobación por código de barras de la concordancia paciente y citostáticos (Enfermería Servicio de Farmacia)
6. Valorar las preparaciones fuera de rango de pesada, para su utilización o reciclaje (Farmacéuticos Servicio de Farmacia)
7. Medir mensualmente los tiempos de espera entre prescripción-validación y preparación dentro del tiempo que están citadas (Farmacéuticos Servicio de Farmacia)
8. Seguimiento del consumo de medicamentos en oncología y hematología. (Farmacéuticos Servicio de Farmacia)

INDICADORES
1. Nº prescripciones informatizadas/Nº prescripciones totales. (>85%)
2. Nº de preparaciones controladas con pesada/Nº de preparaciones realizadas. (>80%)
3. Nº de preparaciones descartadas/nº preparaciones realizadas (<10%)
4. Nº pacientes atendidos en HD con trazabilidad /Nº de pacientes (>70%) (2º semestre)
5. Nº preparaciones para pacientes atendidos en HD con trazabilidad /Nº de preparaciones realizadas (>90%) (Último trimestre)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1005

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

- 6. Tiempo medio de espera entre prescripción y validación. (<30mín)
- 7. Preparaciones con cita preparadas sin retraso (>90%)

Los indicadores se obtendrán con una periodicidad trimestral del programa informático del SF.

DURACIÓN

- Sesiones informativas y de formación en el programa de trazabilidad: durante todo 2017.
- Generalizar uso Oncoscan: enero-junio 2017.
- Implantación Trazascan. Enero-junio 2017.
- Valorar preparaciones fuera de rango: enero-diciembre 2017.
- Valorar tiempos de espera y de demora prescripción/Validación: Enero-diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1057

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA 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
IZUEL RAMI MONICA
ARRIETA NAVARRO RAQUEL
CARCELEN ANDRES JOSEFA
CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR
PERRINO GARCIA MARIA JESUS
DE LA LLAMA NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han introducido los protocolos farmacoterapéuticos más frecuentemente utilizados en Urgencias en el programa FarmatoolsR para facilitar la prescripción electrónica asistida (PEA) en urgencias
Se han revisado los fármacos que se administran en perfusión, los sueros en los que deben diluirse y las concentraciones finales de los mismos para su administración, así como la velocidad correcta y se han introducido todos estos datos en Farmatools.
Se ha formado a todo el Servicio de Urgencias sobre funcionamiento del programa Farmatools y a todos los facultativos del Hospital (incluidos residentes de especializada y primaria) que pueden realizar una prescripción a un paciente que se encuentra en la sala de observación del Servicio de Urgencias.
Se han revisado los contenidos de kardex/Pyxis
Se ha validado la conexión PCH-Farmatools
Se han actualizado las interacciones más importantes para incluirlas como ayuda a la PE en farmatools
Se ha implantado la PEA en todo el Servicio de Urgencias
Se ha revisado las salidas de medicamentos de Pyxis no imputados a nombre de paciente.
Se han revisado los medicamentos que no han tenido movimientos en los sistemas automatizados de dispensación (SAD) para optimizar los stock existentes en los mismos al consumo.
Se ha implantado PEA en la planta de Oncología.
Se ha transformado la Prescripción manual de traumatología en PEA e instalado un pyxis en la planta 7ª.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha continuado con la PEA asistida en las distintas unidades del Hospital que ya disponían de ella, a excepción de la planta que se ha trasladado al Hospital de la Defensa.
El 21 de noviembre se implanto la PEA asistida en el Servicio de urgencias, realizándose a partir de entonces la validación farmacéutica en tiempo real prácticamente las 24 horas del día (excp 2-6h de la madrugada en los que se puede demorar la validación).
El % de movimientos de pyxs no imputados a pacientes se ha situado ligeramente por encima del standard <15% ya que el valor ha sido del 18,3%, si bien este indicador descenderá el año próximo con la implantación de la PEA pues la prescripción se vuelca directamente en Pyxis.
Se ha alcanzado el objetivo de ajustar los stocks existentes en los SAD al consumo(farmacos sin movimientos 3,3%, siendo el objetivo <5%).
Los farmacéuticos han intervenido de manera importante para mejorar la atención farmacéutica de los pacientes, superando las 450 intervenciones por facultativo del área de unidosis, cuando el objetivo era >100.
Se ha implantado PEA en la unidad de Hospitalización de Oncología y en la planta 7ª del CRTQ

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos se han conseguido totalmente, incrementando la seguridad en el manejo del medicamento mediante la PEA en las Unidades de oncología, traumatología y en Urgencias, siendo esta una área crítica por la posibilidad de que allí se produzcan errores importantes y con graves consecuencias por la elevada presión asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1057 ===== ***

Nº de registro: 1057

Título
AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA LIGADA A SISTEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1057

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICAASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

Autores:
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES, REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL, IZUEL RAMI MONICA, ARRIETA NAVARRO RAQUEL, CANTALAPIEDRA MALAGUILLA ELENA, CARCELEN ANDRES JOSEFA, CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR, PERRINO GARCIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prescripción electrónica asistida (PEA) es una de las medidas que más contribuye a mejorar la seguridad en el proceso de utilización de medicamentos pues permite al médico prescribir el tratamiento directamente en un programa informático que dispone de una serie de ayudas, orientado hacia un sistema de soporte a la decisión clínica, y evita los errores de transcripción. El Sistema de Dispensación automatizado (SAD) ligado a PEA consigue optimizar los circuitos de trabajo e inventarios, garantizar la disponibilidad de medicamentos en las unidades e imputar los consumos de medicamentos por paciente. Actualmente existen 4 unidades con PEA ligadas a SAD, 6 unidades con PEA y 2 unidades con SAD. El principal objetivo de este proyecto es implantar en Urgencias, que actualmente dispone de SAD, la PEA, y conectar ambos sistemas. De esta manera se conseguirá mejorar la calidad de la prescripción y la administración en este servicio, implantando medidas que fomentan la seguridad del paciente. Además, se optimiza el proceso de unidosis, ya que la prescripción se realiza en el mismo programa informático desde que el paciente ingresa en Urgencias hasta que se le da el alta desde una de las unidades que ya dispone de PEA, evitando que los posibles errores cometidos relacionados con la prescripción en Urgencias perduren durante el resto del ingreso e incluso al alta del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantación de la PEA en Urgencias en las salas de observaciones, aislamiento y saturación, mejorando la calidad de la prescripción, evitando situaciones de prescripciones incompletas y/o con errores, interacciones, duplicidades terapéuticas, alergias...
Conexión PEA ligada a Pyxis en Urgencias: se mejorará la seguridad en la administración de medicamentos, reduciendo los errores por una inadecuada selección de medicamentos, así como se mejorará la imputación de consumos por paciente.
Homogeneización de las perfusiones en el hospital: Se unificarán los sueros utilizados en las perfusiones en todas las unidades con PEA para evitar errores en la prescripción y/o administración.
Validación pacientes ingresados en Urgencias: se mejorará el circuito de comunicación de las intervenciones realizadas en la validación de los tratamientos de los pacientes ingresados en Urgencias, realizándose a través de Farmatools.
Mantenimiento de las ayudas a la PEA: se actualizará la información referente a interacciones, alergias, recomendaciones de ajustes posológicos y formas de administración.
Adecuación contenido SAD a necesidades de las unidades: se revisarán los medicamentos sin retiro en los últimos 6 meses y aquellos prescritos más frecuentemente no incluidos en pyxis.
Mejora de las condiciones de conservación en kardex/Pyxis: se realizarán revisiones periódicas para verificar el cumplimiento de los protocolos de utilización de SAD
Mejorar del control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD. Se revisarán los usuarios autorizados con acceso al SAD de cada unidad en la que esté disponible.

MÉTODO

Introducción protocolos farmacoterapéuticos más frecuentemente utilizados en Urgencias para agilizar PEA
Homogeneización sueros y concentraciones utilizados en perfusiones en las unidades con PEA
Formación al Servicio de Urgencias sobre funcionamiento de Farmatools
Formación sobre funcionamiento de Farmatools a todos los facultativos de los Servicios clínicos que pueden realizar una prescripción a un paciente que se encuentra en la sala de observación del Servicio de Urgencias
Adecuar el contenido de kardex/Pyxis
Mejorar el control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD

INDICADORES

Nº de intervenciones realizadas en unidades con unidosis/SAD. Objetivo: >100 por fármaco (excluido FACE)
Tasa de intervenciones aceptadas. Objetivo: >80%
Tasa de dispensaciones en Urgencias imputadas a paciente ficticio. Objetivos <15%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1057

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICAASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

Tasa de perfusiones prescritas en Urgencias utilizando el suero y la concentración protocolizado. Objetivo: >60%
Actualización anual de interacciones en Dominion. Objetivo: Sí
Tasa de medicamentos incluidos en SAD sin movimiento en los últimos 6 meses. Objetivo: <5%
Tasa de revisiones para verificar el cumplimiento de los protocolos de utilización de SAD sin incidencias. Objetivo: <10%
Tasa de unidades en las que se han revisado los usuarios con acceso al SAD. Objetivo: >95%
Nº de prescripciones electrónicas realizadas en Farmatools en urgencias (>80% segundo semestre 2017)

DURACIÓN

Introducción protocolos farmacoterapéuticos. Octubre 2016
Homogeneización sueros y concentraciones. Octubre -diciembre 2016
Formación de los facultativos y de personal de enfermería del Servicio de Urgencia. Noviembre -dic 2016
Mantenimiento de las ayudas a la prescripción electrónica. Enero-Junio 2017
Mejorar las condiciones de conservación en kardex/Pyxis. Mensual
Adecuar el contenido de kardex/Pyxis. Semestral (Junio y Diciembre)
Mejorar el control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD. Diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE PABLO PALOMO PALOMO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VINUES SALAS CARLOTA
LOPEZ MIRETE ANTONIA
CARCELEN ANDRES JOSEFA
HUARTE LACUNZA RAFAEL
SANCHEZ LOPEZ ROSABEL
LASHERAS LLORENTE ANA CRISTINA
CASTIELLA GARCIA MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua: Realizado
Adaptación del sistema de calidad ISO a 9001: 2015: Realizado
Identificación de los principales problemas existentes actualmente mediante realización de un AMFE en cada proceso: Realizado.
Registro de incidencias con sus respectivas soluciones o medidas implantadas: Realizado
Implantación de medidas correctivas y preventivas para reducir las incidencias: Realizado.
Difusión a todo el personal del análisis de todas las acciones de mejora y del estado actual: Realizado.
Reconversión de las plazas de técnicos auxiliares de enfermería a técnicos de farmacia.: Realizado y ejecutado en Enero 2018-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de procesos con AMFE realizados. Objetivo: >80%. Resultado: 100%.
% de incidencias con propuestas de mejoras y soluciones. Objetivo: >60%. Resultado: 95%
Lograr la acreditación de las sesiones impartidas en el Servicio de Farmacia. Objetivo: Sí. Resultado: Sí 4 programas acreditados.
% de sesiones realizadas respecto a las programadas. Objetivo: >80%. Realizadas 100%
% de TF respecto a TCAE. Objetivo: >25%. Resultado: 87,5% (30/35 técnicos)
Informe quincenal de incidencias a responsables de servicio. Objetivo >16 informes: Realizados.
Porcentaje de pedidos de reposición de botiquín preparados con algún errores respecto al total de pedidos preparados. Objetivos: <5%. Resultado: 10% con errores.
Seguimiento de los indicadores de cada procedimiento operativo e implantación de acciones para lograr los objetivos fijados. Objetivo: Sí. Conseguido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha realizado una revisión de los riesgos existentes en cada proceso, lo cual permite establecer acciones para minimizar sus efectos, aumentar la detección o evitar que ocurran. Esto ha significado un cambio en la gestión de la calidad, que hasta ahora se basaba en la resolución de las incidencias notificadas.
El Servicio de Farmacia cuenta con un registro de incidencias muy potente gracias a la participación de un gran número de personas. Esto ha permitido implantar numerosas acciones correctivas que permitan evitar que se repitan las incidencias detectadas.
Dado que este registro de incidencias está en marcha desde 2012, ha servido de base para la realización de los AMFE y ha permitido analizar de manera más exacta la frecuencia y detección de estos problemas.
Se ha producido la reconversión del personal técnico, disponiendo de personal específico para los servicios de Farmacia. Sin embargo, dado que dicha categoría no existía hasta hace poco, se han detectado problemas de conocimiento del entorno en el que trabajan y está requiriendo de formación complementaria en este asunto.
La formación acreditada ha mejorado el porcentaje de asistencia por parte del personal y ha supuesto un incentivo tanto para los formadores como para los asistentes. Además según las evaluaciones se puede concluir que el grado de satisfacción es bastante elevado.
Los objetivos e indicadores propuestos en este periodo se monitorizaron. Aquellos no logrados se han mantenido en 2018 con las acciones necesarias para lograrlos. Cada proceso operativo dispone de una línea de mejora con sus respectivos objetivos, indicadores y acciones que fomenta la implicación de todo el personal.
De esta forma, se han realizado la adaptación a las exigencias de la modificación de la Norma ISO y se avanza en la mejora de la calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1083 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Nº de registro: 1083

Título

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Autores:

PALOMO PALOMO PABLO, VINUES SALAS CARLOTA, LOPEZ MIRETE ANTONIA, CARCELEN ANDRES JOSEFA, HUARTE LACUNZA RAFAEL, SANCHEZ LOPEZ ROSABEL, LASHERAS LLORENTE ANA CRISTINA, CASTIELLA GARCIA MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Farmacia el Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente.
En este periodo, se han recogido más de 3500 incidencias, que conllevaron a la apertura de 64 "No Conformidades", e implantándose mejoras organizativas, estructurales y de equipos. Desde el punto de vista organizativo, se modificó la organización interna del servicio, para reforzar las áreas que estaban teniendo mayor carga asistencial. Se modificaron los protocolos de funcionamiento del Servicio de Farmacia. Además, debido al resultado de los indicadores, se detectaron déficits de formación que existía en el personal de enfermería, lo cual llevo a la implantación de un programa de capacitación y al reconocimiento de la categoría de Técnicos en Farmacia por el SALUD. Además, se ha desarrollado el plan funcional de Servicio de Farmacia, así como se han descrito las necesidades estructurales para lograr un adecuado funcionamiento del Servicio.
Nuestro plantamiento es mantener la certificación, adaptando el sistema de gestión de la calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001:2015. Para ello, se establecerán medidas correctivas y áreas de mejora en función de la información obtenida a través de los resultados de los indicadores de los últimos años, de las revisiones del sistema por dirección y/o auditorías, así como por las incidencias registradas.

RESULTADOS ESPERADOS

Disponer de un plan de contingencia.
Detectar los puntos débiles y oportunidades de mejora del sistema de gestión para implantar medidas correctivas y minimizar los riesgos.
Lograr la colaboración de todo el personal para mantener y mejorar el sistema de calidad y conseguir la excelencia.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos internos del Servicio de Farmacia para asegurar un producto de calidad.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos de Farmacia por parte de las unidades.
Lograr la aprobación del proyecto de reforma estructural del Servicio de Farmacia.
Disminuir la tasa de incidencias relacionadas con la dispensación y preparación de fármacos.
Fomentar la colaboración de todo el personal en la detección de oportunidades de mejoras
Mejorar la capacitación del personal técnico.
Mejorar la trazabilidad en los procedimientos del servicio de Farmacia.
Desarrollar un programa formativo específico para cada categoría profesional.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.
Adaptación del sistema de calidad ISO a 9001: 2015.
Identificación de los principales problemas existentes actualmente mediante realización de un AMFE en cada proceso.
Registro de incidencias con sus respectivas soluciones o medidas implantadas
Implantación de medidas correctivas y preventivas para reducir las incidencias.
Difusión a todo el personal del análisis de todas las acciones de mejora y del estado actual
Reconversión de las plazas de técnicos auxiliares de enfermería a técnicos de farmacia.

INDICADORES

% de procesos con AMFE realizados. Objetivo: >80%
% de incidencias con propuestas de mejoras y soluciones. Objetivo: >60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Lograr la acreditación de las sesiones impartidas en el Servicio de Farmacia. Objetivo: Sí
% de sesiones realizadas respecto a las programadas. Objetivo: >80%
% de TF respecto a TCAE. Objetivo: >25%
Informe quincenal de incidencias a responsables de servicio. Objetivo >16 informes
Porcentaje de pedidos de reposición de botiquín preparados con algún errores respecto al total de pedidos preparados. Objetivos: <5%
Seguimiento de los indicadores de cada procedimiento operativo e implantación de acciones para lograr los objetivos fijados. Objetivo: Sí

DURACIÓN

- Auditoria interna: Febrero/abril 2017
- Revision por la Direccion: Abril 2017
- Auditoria Externa: mayo/junio 2017
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
- Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Diciembre 2017/Enero 2018
- Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Diciembre 2017/Enero 2018
- Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.
- Registro de incidencias y propuestas de mejoras mediante el desarrollo de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Todo el año
- Realizar informe quincenal para responsables del Servicio. Todo el año
- Cumplimiento del programa formativo para el personal de enfermería. Todo el año
- Incorporación de Técnicos Auxiliares de Farmacia. Progresiva

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015:AVANZANDO EN LA GESTION DEL RIESGO Y EN MEJORAR LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL REAL CAMPAÑA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES
VINUES SALAS CARLOTA
LOPEZ MIRETE ANTONIA
CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR
VICENTE ITURBE CRISTINA
GIMENO BALLESTER VICENTE
CASAJUS NAVASAL ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado los AMFE de los 13 procesos que el Servicio de farmacia tiene certificados, se han puntuado los efectos de los posibles fallos en función de su gravedad, evitabilidad y frecuencia, estableciéndose acciones recomendadas para evitar las consecuencias de dichos fallos, priorizándose para realizar de manera inmediata las acciones que evitan los fallos de mayor gravedad y frecuencia y que además son más fáciles de evitar. También se han desarrollado los planes de contingencia, estando todavía algunos en proceso y otros completados. Se ha realizado una evaluación de la satisfacción de las partes interesadas, concretamente dentro de los clientes externos se ha realizado una encuesta de satisfacción a los pacientes externos, y como clientes internos se han seleccionado las supervisoras. Se ha realizado un seguimiento de las incidencias detectadas y se han implantado las acciones correctivas de mayor puntuación detectadas en los AMFEs. Se han cerrado las siguientes no conformidades de la falta de identificación de las partes interesadas y sus necesidades y expectativas y de ausencia de AMFEs. Están en proceso de resolución la del control de estupefacientes, de revisión del mapa de procesos y la de evaluación de las actividades formativas. Y se ha pasado la auditoría interna en marzo de 2019, estando pendiente el informe de auditoría. Asimismo queda pendiente para 2019 la auditoría externa, siendo conforme la del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización AMFEs de los procesos(100%), detección puntos críticos y diseño de acciones para evitarlos(100%)
Definición de planes de contingencia(4 completos y 9 en proceso)
Valoración satisfacción de las partes interesadas pacientes y supervisoras(98.2% de los pacientes está satisfecho o muy satisfecho)
Acreditación de todos los procesos del SF y del 100% de las sesiones formativas.
Realización sesiones (100% p farmacéutico, 95% técnico)
Evaluación conocimiento formación (100% curso técnicos)
Seguimiento de todos los indicadores del Servicio y definición de acciones de mejora

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La certificación nos permite la revisión exhaustiva de los procesos y la detección de los posibles fallos para implantar acciones de mejora

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1083 ===== ***

Nº de registro: 1083

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Autores:
PALOMO PALOMO PABLO, VINUES SALAS CARLOTA, LOPEZ MIRETE ANTONIA, CARCELEN ANDRES JOSEFA, HUARTE LACUNZA RAFAEL, SANCHEZ LOPEZ ROSABEL, LASHERAS LLORENTE ANA CRISTINA, CASTIELLA GARCIA MARINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MATENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015:AVANZANDO EN LA GESTION DEL RIESGO Y EN MEJORAR LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Farmacia el Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente.
En este periodo, se han recogido más de 3500 incidencias, que conllevaron a la apertura de 64 "No Conformidades", e implantándose mejoras organizativas, estructurales y de equipos. Desde el punto de vista organizativo, se modificó la organización interna del servicio, para reforzar las áreas que estaban teniendo mayor carga asistencial. Se modificaron los protocolos de funcionamiento del Servicio de Farmacia. Además, debido al resultado de los indicadores, se detectaron déficits de formación que existía en el personal de enfermería, lo cual llevo a la implantación de un programa de capacitación y al reconocimiento de la categoría de Técnicos en Farmacia por el SALUD. Además, se ha desarrollado el plan funcional de Servicio de Farmacia, así como se han descrito las necesidades estructurales para lograr un adecuado funcionamiento del Servicio.
Nuestro plantenamiento es mantener la certificación, adaptando el sistema de gestión de la calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001:2015. Para ello, se establecerán medidas correctivas y áreas de mejora en función de la información obtenida a través de los resultados de los indicadores de los últimos años, de las revisiones del sistema por dirección y/o auditorías, así como por las incidencias registradas.

RESULTADOS ESPERADOS

Disponer de un plan de contingencia.
Detectar los puntos débiles y oportunidades de mejora del sistema de gestión para implantar medidas correctivas y minimizar los riesgos.
Lograr la colaboración de todo el personal para mantener y mejorar el sistema de calidad y conseguir la excelencia.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos internos del Servicio de Farmacia para asegurar un producto de calidad.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos de Farmacia por parte de las unidades.
Lograr la aprobación del proyecto de reforma estructural del Servicio de Farmacia.
Disminuir la tasa de incidencias relacionadas con la dispensación y preparación de fármacos.
Fomentar la colaboración de todo el personal en la detección de oportunidades de mejoras
Mejorar la capacitación del personal técnico.
Mejorar la trazabilidad en los procedimientos del servicio de Farmacia.
Desarrollar un programa formativo específico para cada categoría profesional.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.
Adaptación del sistema de calidad ISO a 9001: 2015.
Identificación de los principales problemas existentes actualmente mediante realización de un AMFE en cada proceso.
Registro de incidencias con sus respectivas soluciones o medidas implantadas
Implantación de medidas correctivas y preventivas para reducir las incidencias.
Difusión a todo el personal del análisis de todas las acciones de mejora y del estado actual
Reconversión de las plazas de técnicos auxiliares de enfermería a técnicos de farmacia.

INDICADORES

% de procesos con AMFE realizados. Objetivo: >80%
% de incidencias con propuestas de mejoras y soluciones. Objetivo: >60%
Lograr la acreditación de las sesiones impartidas en el Servicio de Farmacia. Objetivo: Sí
% de sesiones realizadas respecto a las programadas. Objetivo: >80%
% de TF respecto a TCAE. Objetivo: >25%
Informe quincenal de incidencias a responsables de servicio. Objetivo >16 informes
Porcentaje de pedidos de reposición de botiquín preparados con algún errores respecto al total de pedidos preparados. Objetivos: <5%
Seguimiento de los indicadores de cada procedimiento operativo e implantación de acciones para lograr los objetivos fijados. Objetivo: Sí

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MATENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015:AVANZANDO EN LA GESTION DEL RIESGO Y EN MEJORAR LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS

DURACIÓN

- Auditoria interna: Febrero/abril 2017
- Revisión por la Dirección: Abril 2017
- Auditoria Externa: mayo/junio 2017
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
- Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Diciembre 2017/Enero 2018
- Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Diciembre 2017/Enero 2018
- Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.
- Registro de incidencias y propuestas de mejoras mediante el desarrollo de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Todo el año
- Realizar informe quincenal para responsables del Servicio. Todo el año
- Cumplimiento del programa formativo para el personal de enfermería. Todo el año
- Incorporación de Técnicos Auxiliares de Farmacia. Progresiva

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1615

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ITZIAR LARRODE LECIÑENA
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABALLERO PEREZ VICTORIA
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES
IZUEL RAMI MONICA
VICENTE ITURBE CRISTINA
MAGALLON MARTINEZ ARANTXA
BESTUE CARDIEL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo principal del proyecto fue establecer una colaboración entre el servicio de Farmacia y la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) para la gestión de una farmacoterapia a domicilio eficaz y segura para los pacientes atendidos por dicha unidad.

Además se definieron como otros objetivos del proyecto:

- Colaborar en la formación de los pediatras de la UCPP en la prescripción electrónica asistida (PEA) del tratamiento a pacientes en hospitalización domiciliaria con la herramienta de prescripción intrahospitalaria Farmatools®.
- Formación al personal de enfermería de la unidad y a los padres/tutores de los niños para la utilización de los listados de administración que proporciona la herramienta Farmatools® a partir de la prescripción médica. En cuanto a las actividades realizadas en este periodo, destacan las siguientes:
Puesta en marcha del depósito de medicamentos de la UCPP:
 - Se ha elaborado el botiquín de la UCPP de acuerdo a la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del hospital y acorde a las necesidades de los pacientes atendidos en la unidad.
 - Para la realización de las peticiones de medicamentos, desde el servicio de Farmacia, se ha explicado tanto a los facultativos de la unidad como al personal de enfermería el circuito de solicitud de pedido de reposición de botiquín establecido en el hospital. Se ha formado específicamente al personal de enfermería de la unidad para la solicitud informatizada de reposición del botiquín a través de la intranet, así como la gestión de solicitudes urgentes de medicamentos. .
 - Una vez realizada la primera solicitud de reposición de medicamentos, se estableció entre la unidad de Enfermería y el servicio de Farmacia la forma correcta de organización de dichos medicamentos en el mismo.

Gestión de medicamentos especiales:

- Fórmulas magistrales y preparados oficinales.
 - o Desde el servicio de Farmacia se ha explicado el circuito para la solicitud de fórmulas magistrales al laboratorio de Farmacia.
 - o Desde la puesta en marcha del proyecto se han elaborado fundamentalmente jarabes (gabapentina 100 mg/ml, morfina 1 mg/ml, furosemda 2 mg/ml etc...) así y también, colirios reforzados de antimicrobianos.
 - o Se ha adaptado medicamentos comercializados a la dosis prescrita para los pacientes (midazolam solución bucal) mediante el reacondicionamiento de los mismos.
- Estupefacientes:
 - o Desde el servicio de Farmacia se ha formado al personal de la unidad en el circuito intrahospitalario de gestión de estupefacientes distribuyendo el primer talonario de petición a los facultativos de la UCPP.
 - o Dispensación de estupefacientes: aunque se han dispensado los estupefacientes necesarios para administrar a pacientes en tratamiento domiciliario en el depósito de medicamentos de la unidad, todavía no se dispone del stock pactado por carecer de armario de seguridad para su almacenamiento tal como marca la legislación vigente. Formación en la herramienta de gestión de prescripción y administración de medicamentos (Farmatools®)
 - o Se ha realizado la formación de los pediatras en la PEA con el programa Farmatools® introduciendo los pacientes en atención domiciliaria.
 - o Se ha realizado la formación del personal de enfermería para el manejo de las hojas de administración generadas a partir de la prescripción médica por la herramienta Farmatools®. Dichos pacientes han sido validados y se ha preparado la medicación para domicilio.
 - o Atención Farmacéutica a pacientes incluidos en la UCPP:
 - o Validación farmacéutica de cada prescripción de pacientes de la UCPP incluidos en el programa de hospitalización domiciliaria.
 - o Resolución de múltiples consultas telefónicas sobre disponibilidad de medicamentos fuera de guía, compatibilidad fármacos con nutrición enteral, interacciones y dosis máxima en pediatría.
 - o Colaboración con farmacéuticos de otros sectores sobre la existencia y forma de funcionamiento de la red de cuidados paliativos en pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Depósito de medicamentos en la UCPP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1615

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

- Se ha establecido el número de especialidades incluidas en dicho depósito (120 especialidades diferentes) y el stock máximo y el stock que determina el punto de pedido de reposición al servicio de farmacia.
- Desde el servicio de Farmacia se ha realizado un seguimiento exhaustivo de la petición de medicamentos NO incluidos en la GFT del hospital, encontrándose la necesidad de la solicitud de inclusión en GFT de una especialidad muy consumida.
- Se ha realizado la revisión anual del depósito de medicamentos pactado valorando las condiciones de almacenamiento y conservación de los productos incluidos en él.
- Preparación de Fórmulas Magistrales, Preparados Oficinales y reacondicionamiento de medicamentos:
- Desde la puesta en marcha del proyecto hasta diciembre de 2017 se han elaborado 23 fórmulas magistrales y se ha reacondicionado al menos 30 medicamentos para adaptarlos a la dosificación pediátrica requerida.
- Reuniones de trabajo del servicio de Farmacia con la UCPP:
- De forma semanal desde el mes de septiembre de 2017 se han realizado reuniones de seguimiento entre el personal de la UCPP y el servicio de Farmacia para tratar los asuntos derivados de la gestión de la farmacoterapia de los pacientes incluidos.
- Prescripción electrónica y validación de pacientes de la UCPP en el programa de hospitalización domiciliaria.
- El 100% de los pacientes incluidos en dicho programa han sido prescritos a través de la herramienta informática y posteriormente validados por el farmacéutico responsable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La colaboración entre el Servicio de Farmacia y la UCPP se considera satisfactoria. Aunque se han establecido las bases para dicha colaboración todavía queda pendiente de desarrollar algunos aspectos que mejorarían la seguridad en el manejo de medicamentos en los pacientes de la UCPP como la notificación de las incidencias relacionadas con la medicación, implementar la posología por kg de peso en el programa de prescripción y las bombas de perfusión continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1615 ===== ***

Nº de registro: 1615

Título
PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

Autores:
LARRODE LECIÑENA ITZIAR, CABALLERO PEREZ VICTORIA, ABAD SAZATORNIL MARIA REYES, IZUEL RAMI MONICA, VICENTE ITURBE CRISTINA, MAGALLON MARTINEZ ARANTXA, BESTUE CARDIEL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidados paliativos
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos pediátricos (CPP) como cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, incluyendo también el apoyo familiar. Comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento específico.
En Aragón, existe una gran laguna en este campo debida a una prestación variable e inequidades en el manejo del paciente. Recientemente se ha incluido en Cartera de Servicio una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) específica para pacientes de 0 a 18 años. Dicha unidad ha surgido con un enfoque interdisciplinar para lograr establecer los cuidados paliativos en un contexto domiciliario, favoreciendo el hogar propio como mejor lugar para los cuidados y el fallecimiento. Existen diferentes niveles de atención, una es la consulta y otra es la hospitalización domiciliaria. Esta última se organizará en visitas programadas a domicilio de periodicidad semanal, quincenal o mensual, que variará según la situación clínica de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1615

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

El farmacéutico tendrá como objetivo lograr una provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar mejores resultados en salud y en seguridad en todo el proceso en el que interviene el medicamento. Para desarrollar el proyecto es fundamental la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la UCPP domiciliarios y posterior validación farmacéutica. La PEA es una herramienta que incorpora diversos mecanismos de ayuda a la prescripción.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es establecer una colaboración entre el Servicio de Farmacia y la UCPP para la gestión de una farmacoterapia a domicilio para los pacientes subsidiarios. Colaborar en la formación de los pediatras de la UCPP en la PEA del tratamiento y en la formación al personal de enfermería/padres para la utilización de listados de administración, en el programa Farmatools®.

MÉTODO

Se elaborará el botiquín de la UCPP de acuerdo a la guía farmacoterapéutica del HUMS y acorde a la necesidades de la unidad.
El farmacéutico realizará la adquisición directa y eficiente de los medicamentos al proveedor garantizando una adecuada disponibilidad en función de la demanda de la UCPP.
Se realizará reenvasado y etiquetado de medicación en caso necesario para asegurar una buena identificación de los mismos y prevenir posibles problemas relacionados con la identificación de los mismos.
Se prepararán fórmulas magistrales adaptadas a las necesidades individuales de los niños, proporcionando información en cada caso sobre las instrucciones de administración, adecuada manipulación, conservación y utilización de las mismas.
Se validará la farmacoterapia previa a su dispensación. El farmacéutico participará en la sesión semanal junto con todo el resto del equipo para estar al día de la situación clínica de los pacientes y poder ayudar en la toma de decisiones en relación a la farmacoterapia. En los nuevos pacientes que se incorporen a la UCPP se llevará a cabo conciliación de la medicación para adecuarla a la medicación disponible en la guía farmacoterapéutica del HUMS.
Se realizará la dispensación en hospitalización domiciliaria. La farmacoterapia se dispensará de forma individualizada y de acuerdo a la prescripción y en función de la periodicidad de las visitas programadas por el equipo de la UCPP. La medicación se dispensará desde el Servicio de Farmacia al equipo de UCPP, siendo necesaria una estrecha coordinación entre equipos. Se dispensarán la nutrición enteral de forma individualizada organizando el proceso a través de la red establecida de dispensación a través de centros de atención primaria del sector II. Se gestionará la dispensación de estupefacientes a cada paciente ingresado en domicilio de acuerdo al protocolo interno de gestión de estupefacientes del centro HUMS.
El farmacéutico estará disponible para la resolución de consultas telefónicas relacionadas con la farmacoterapia. Desde el servicio de farmacia se promoverán estrategias que incrementen la seguridad en el manejo de la farmacoterapia. Se establecerá un circuito de notificación de errores de medicación y reacciones adversas detectadas, mediante un impreso de fácil cumplimentación con los siguientes ítems: persona que lo detecta, tipo de incidente notificado, medicamento implicado, breve descripción del incidente, si se trata de un error de medicación si alcanzó al paciente y en caso afirmativo, si produjo daño al paciente o la necesidad de algún tipo de medida adicional.

INDICADORES

% de prescripciones validadas. % medicamentos dispensados a domicilio. % intervenciones realizadas y aceptadas.

DURACIÓN

El inicio previsto de la actividad de la UCPP será en septiembre del 2017 y se prevé una instauración del programa de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0527

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE NIEVES FERNANDEZ LETAMENDI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES
RECASENS FLORES VALLE
CLERENCIA SIERRA MERCEDES
ESPINOSA LARA NATALIA
LACALLE AICUA LAURA
PINZON MARIÑO SERGIO
RUIZ MARISCAL MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Pase de consulta conjunta Hematología (Dras. Montañes y Recasens)-Geriatría (Dras. Clerencia y Fernández) 2º y 4º miércoles de cada mes, desde el 26 de Octubre de 2016 a 31 de Enero de 2018, en la consulta numero 15 (planta baja) del Edificio de Consultas Externas del Hospital Universitario Miguel Servet.

En la consulta se cita a los pacientes = 85 años con anemia que son derivados desde Atención Primaria. En primer lugar son valorados en la consulta de enfermería geriátrica: la enfermera recoge los antecedentes personales, toma constantes y peso del paciente y realiza la Valoración Geriátrica Integral (VGI), mediante las siguientes escalas:

- valoración funcional: escala de Barthel
- valoración cognitiva: escala de Cruz Roja Mental y el test de Pfeiffer
- valoración nutricional: Mini- MNA

Todo ello queda registrado en el formulario de la consulta externa de Geriatría.

Posteriormente el paciente es valorado por la Geriatra y Hematóloga. Mientras que la Hematóloga valora la analítica realizada a cada paciente previamente de manera ambulatoria, la Geriatra interviene en los Síndromes Geriátricos detectados, teniendo en cuenta la VGI realizada por la enfermera.

Conocer la situación funcional, cognitiva y clínica del paciente, permite consensuar el tratamiento más adecuado para cada paciente y priorizar en qué problemas detectados hay que hacer alguna intervención.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0527

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado un registro en hoja de cálculo excell de los pacientes valorados en la consulta de Hemato-Geriatriá desde el 26 de Octubre de 2016 al 31 de Enero de 2018. A fecha de 31 de Enero de 2018, se han valorado un total de 70 pacientes en consulta de primeros días, y 208 consultas de revisión.

Ante la creciente demanda de valoración de pacientes con anemia y la imposibilidad de realizar un control eficaz en consulta de Hemato-Geriatriá, evitando la visita del paciente a Urgencias, se decide que los pacientes que precisan soporte transfusional frecuente (< de 3 meses) sean controlados por HDD Hematología/consulta de anemias.

La edad media es 86 años.

El porcentaje de pacientes a los que se les realiza VGI (Valoración Geriátrica Integral) ha sido de un 100%, por encima del indicador propuesto que era el 90%.

Se ha realizado informe conjunto para adjuntar a su MAP en el 88,57% de los pacientes.

El porcentaje de pacientes que acuden a consulta y precisan soporte trasfusional en Hospital de Día de Hematología durante el seguimiento ha sido de 34,2%, consiguiendo disminuir el objetivo prefijado en un principio del 50%.

Porcentaje de pacientes en los que se detecta algún Síndrome Geriátrico durante la valoración: 100% (por encima del objetivo de 80%), sin embargo solo precisaron tratamiento farmacológico un 53'19%, procurando un manejo no farmacológico de los mismos.

También se ha cumplido con un 100% el indicador de registro de tipo de terapia y adecuada coordinación con el Hospital de Día de Hematología (indicador >90%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración multidimensional y multidisciplinar Enfermería-Geriatriá-Hematología ha permitido conseguir el objetivo de adecuar la indicación de tratamiento de la anemia en pacientes geriátricos muy mayores con multimorbilidad, simplificando el circuito, especialmente en los pacientes con movilidad reducida, disminuyendo la solicitud de pruebas invasivas (para completar estudio) y evitando así la derivación a otros servicios hospitalarios (Urgencias, Digestivo, Nefrología...).

Se ha disminuido también la necesidad de soporte transfusional al detectar activamente los requerimientos de estos pacientes y poder instaurar a tiempo otro tipo de intervenciones (ferroterapias, valoración de continuar o no con tratamientos anticoagulantes o antiagregantes en pacientes con sangrados crónicos...), siempre teniendo en cuenta la calidad de vida del paciente y el cuidador.

Consideramos que el proyecto debe tener continuidad ya que la valoración multidisciplinar en este grupo de pacientes, permite obtener beneficios claros en la optimización de recursos y en la calidad de vida del paciente y su cuidador.

La propuesta de mejora en este proyecto para el siguiente año, es adecuar el tratamiento de la anemia, comorbilidades y síndromes geriátricos, basándonos en la atención centrada en el paciente.

Estamos muy satisfechas con el resultado obtenido, y la impresión subjetiva es que nuestros pacientes también, pero nuestra siguiente propuesta en relación a ello, será pasar una encuesta de satisfacción a los pacientes (o familiares en caso de que no la puedan contestar ellos) para comprobar si realmente es así.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/527 ===== ***

Nº de registro: 0527

Título
ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATO-GERIATRIA

Autores:
FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES, MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES, CLERENCIA SIERRA MERCEDES, RECASENS FLORES VALLE, DEL FRESNO GUEVARA JOSE ANTONIO, LACALLE AICUA LAURA, ESPINOSA LARA NATALIA, SEGURA DIEZ ADRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0527

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La anemia es una entidad nosológica de gran importancia en las personas mayores. Su prevalencia es alta, y su incidencia se incrementa con la edad, especialmente en los mayores de 85 años, segmento de la población que proporcionalmente más va a crecer en las próximas décadas. Puede interferir en el funcionamiento de varios órganos y sistemas, relacionándose con un aumento de la morbilidad, la mortalidad y del déficit funcional en el paciente geriátrico. Es causa importante y muchas veces principal, de síndrome confusional agudo, descompensación cardiaca, deterioro funcional, caídas o síndromes depresivos, motivos de consulta muy frecuentes en la Urgencia hospitalaria o las consultas de especializada/Atención Primaria, que generan demandas sucesivas e incluso ingresos hospitalarios frecuentes. Conscientes Hematólogos y Geriatras, tanto en nuestro centro, como a nivel nacional, del manejo específico que se les debe dar a estos pacientes, surge la idea de iniciar una consulta de Hemato-geriatria. Por el momento se inicia centrada en los pacientes geriátricos muy mayores con multimorbilidad con anemia, derivados desde A.Primaria o Urgencias al servicio de Hematología, para valoración conjuntamente, y poder adecuar las indicaciones del estudio y tratamiento de la anemia en ellos.

RESULTADOS ESPERADOS

Adequar indicación del tratamiento de la anemia en pacientes geriátricos muy mayores con multimorbilidad. Simplificar el circuito de atención a estos pacientes, muchos de ellos con movilidad reducida, para tratamiento sintomático de anemia.
Adequar la solicitud de pruebas complementarias a la situación basal de los pacientes muy mayores con multimorbilidad, cuya situación funcional y cognitiva va a influir en la evolución clínica.
Prevención y tratamiento de los síndromes geriátricos que están condicionando la situación general del paciente.

MÉTODO

Valoración geriátrica integral de los pacientes > de 85 años derivados desde la consulta de Hematología
Prevención y tratamiento de síndromes geriátricos que están condicionando la situación general del paciente.
Adecuación consensuada Geriatra-Hematóloga de la necesidad de solicitud de pruebas complementarias.
Indicación consensuada Geriatra-Hematóloga del tratamiento de la anemia.
Implementación del tratamiento prescrito en Hospital de Día de Hematología:
o Hemoterapia
o Ferroterapia
Consulta quincenal en la que se valoraran 6 pacientes/día, de los cuales:
• 2 pacientes de primer día, con tiempo estimado de 1 hora por paciente.
• 4 pacientes de revisión, con un tiempo estimado de ½ hora por paciente.
Día de la semana: miércoles (2º y 4º miércoles del mes).
Horario: 10 a 14 horas.
Geriatras: Mercedes Clerencia Sierra y Nieves Fernández Letamendi
Hematólogos: Valle Recasens y Maria Angeles Montañes
Enfermero: J.A Del Fresno

INDICADORES

Porcentaje de pacientes que acuden a la consulta de Hemato-geriatria a los que se le realiza valoración geriátrica integral e informe conjunto >90%
Porcentaje de pacientes que acuden a la consulta de Hemato-geriatria y precisan fármacos de dispensación hospitalaria y/o terapias hematológicas en Hospital de Día de Hematología durante el seguimiento : >50%
Porcentaje de pacientes en los que se detecta algún síndrome geriátrico durante la valoración por Hemato-geriatria y se le insta tratamiento: >80%
Registro del tipo de terapia prescrita para la anemia y adecuada coordinación con el Hospital de Día de Hematología: >90%
Se realizara una hoja de recogida tipo excell con los datos necesarios para el posterior análisis estadístico de los datos sobre los indicadores propuestos

DURACIÓN

Septiembre: elección de facultativos responsables del proyecto que compongan el equipo interdisciplinar.
Octubre de 2016: elaboración del excell de recogida de datos e inicio de recogida de datos
Junio 2017: análisis estadístico de los datos registrados en total y, con los resultados, propuestas de mejora

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0527

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0946

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

Fecha de entrada: 16/02/2018

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.
RUIZ MARISCAL MARTA
NAVARRO GARCIA PALMIRA
CALVO CEBOLLERO ISABEL
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL
HERNANDEZ SANCHEZ ENRIQUETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto de mejora pretende adecuar la intensidad de las intervenciones en pacientes > 65 años frágiles.

Diseño de herramienta: nov/16

Se ha diseñado la herramienta "VAGATD" para la valoración pre-intervención médica o quirúrgica en pacientes ancianos frágiles pluripatológicos. Esta herramienta consta de diferentes escalas validadas que valoran situación funcional, cognitiva, fragilidad, calidad de vida y probabilidad teórica de mortalidad a corto y largo plazo.

Elaboración de criterios: diciembre/16-febrero/17

Se han elaborado y consensuado criterios en 2 Servicios hospitalarios: Cardiología y Angiología y Cirugía Vasculuar.

Citación en consulta externa de geriatría "GERFRA": febrero/17

Se realiza la valoración geriátrica integral multidisciplinar: enfermera-geriatra en consulta externa: GERIATRÍA - FRAGILIDAD: "GERFRA", utilizando la herramienta "VAGATD", junto con la valoración clínica del geriatra.

Se elabora un informe con la valoración multidisciplinar y la intensidad de intervención que se considera más adecuada, con la intención de ayudar al médico responsable en la actitud terapéutica a tomar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En esta consulta específica se han valorado 42 pacientes desde febrero de 2017 a diciembre de 2017, (51% de ellos hombres, 49% mujeres), con una edad media de 83 años. El motivo más frecuente de consulta ha sido la valoración desde el punto de vista del Geriatra de indicación de implante valvular transaórtico en pacientes con estenosis aórtica degenerativa severa.

La situación funcional de estos pacientes es de independencia o dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (IB igual o mayor a 90/100) y el 83% no tiene deterioro cognitivo (media de MEC: 29). Se ha detectado fragilidad leve en 74% de los pacientes.

Se ha estimado que en el 31% de los pacientes no está indicada la intervención; en el 26% de los casos en relación con fragilidad moderada-severa y en el 5% en relación con la morbilidad asociada.

Evaluación de indicadores:

? Elaboración de criterios con el S° de Cardiología y el S° de Angiología y Cirugía Vasculuar: Si
? Sesiones interservicio: 4 durante el año 2017
? Apertura agenda de consulta externa "GERFRA": La consulta está abierta 4 días a la semana, siendo necesario aumentarla debido a la demanda de valoración durante el año 2017.
? N° de informes realizados/N° de pacientes valorados: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la puesta en marcha de esta iniciativa,

- Se ha mejorado la indicación terapéutica en pacientes frágiles pluripatológicos disminuyendo la variabilidad clínica.

- Se ha mejorado la accesibilidad de los pacientes frágiles pluripatológicos a una valoración geriátrica para adecuar la indicación terapéutica y asegurar la continuidad asistencial.

- Ha permitido conocer a otros servicios hospitalarios médicos y quirúrgicos el hecho de que se pueden beneficiar del apoyo en la toma de decisiones terapéuticas. Resultado de esto, se ha solicitado a nuestro S° de Geriatría que participe en la valoración prequirúrgica de pacientes en el proceso de Cirugía Cardiovascular.

Consideramos que el proyecto debe tener continuidad, ya que cada vez es más necesario adecuar la intensidad de la atención en consonancia con la valoración geriátrica integral, con la intención de mejorar la calidad de vida del paciente-cuidador y la optimización de la utilización de recursos.

Como propuesta de mejora para el año 2018, proponemos ampliar la valoración geriátrica integral a otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0946

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

grupos de pacientes frágiles, siempre con la premisa de ser un apoyo en la toma de decisiones terapéuticas (toma de decisiones compartidas).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/946 ===== ***

Nº de registro: 0946

Título
VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

Autores:
CLERENCIA SIERRA MERCEDES, DEL FRESNO GUEVARA JOSE ANTONIO, NAVARRO GARCIA PALMIRA, CALVO CEBOLLERO ISABEL, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, HERNANDEZ SANCHEZ ENRIQUETA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....: Adecuación de indicación de recursos terapéuticos

PROBLEMA

En muchas ocasiones es difícil tomar decisiones terapéuticas en pacientes mayores frágiles, en quienes su vulnerabilidad y complejidad influyen en el nivel de intensidad terapéutica (NIT) más adecuado. La toma de decisiones compartida entre pacientes y profesionales es un elemento clave de la atención centrada en la persona y tiene como objetivo facilitar la adecuada armonización entre los valores y preferencias de los pacientes, los objetivos asistenciales propuestos y la intensidad de las intervenciones realizadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:
Mejorar la indicación terapéutica en pacientes frágiles pluripatológicos disminuyendo la variabilidad clínica, mediante una herramienta adecuada
Difundir en los Servicios médicos/quirúrgicos que se pueden beneficiar del apoyo en la toma de decisiones terapéuticas
Mejorar la accesibilidad de los pacientes frágiles pluripatológicos a una valoración geriátrica para adecuar la indicación terapéutica y asegurar la continuidad asistencial
Transmitir el resultado de la valoración con respecto a la indicación terapéutica de cada paciente valorado

MÉTODO

1.- Diseño de herramienta "VAGATD" de valoración pre-intervención médica o quirúrgica en pacientes ancianos frágiles pluripatológicos. Mercedes Clerencia .
2.- Elaboración de criterios en los Servicios Médicos y Quirúrgicos. Mercedes Clerencia, Isabel Calvo, M^a Isabel Rivera
3.- Citación en consulta externa de geriatría "GERFRA". Enriqueta Hernández
4.- Valoración geriátrica de pacientes derivados desde diferentes Servicios. Mercedes Clerencia, Jose A. Del Fresno, Palmira Navarro
5.- Elaboración de informe que ayude al médico responsable en la actitud terapéutica a tomar. Mercedes Clerencia, Jose A. Del Fresno, Palmira Navarro
Mediante esta línea de mejora se pretende adecuar la intensidad de las intervenciones en pacientes > 65 años frágiles derivados a la consulta externa "GERFRA". Se valorará a todos ellos con la misma herramienta denominada "VAGATD", la cual constará de diferentes escalas de valoración validadas. Esta valoración objetiva junto a la valoración clínica del geriatra permitirá emitir un informe en el que conste la intensidad de intervención que se considera más adecuada. Todas las variables estudiadas: género, edad, tipo de domicilio, convivencia, multimorbilidad actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, situación cognitiva, alteraciones de marcha y equilibrio, se registrarán en una hoja de cálculo Excel para posteriormente poder ser analizadas con el paquete estadístico SPSS 19.0.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0946

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

Diseño de herramienta "VAGATD": Si
Elaboración de criterios con el Sº de Cardiología y el Sº de Angiología y Cirugía Vascular: Si
Sesiones interservicio: 2 o más al año
Apertura agenda de consulta externa "GERFRA": Si
Nº de informes realizados/Nº de pacientes valorados: =90%

DURACIÓN

Inicio: nov/16
Diseño de herramienta: nov/16
Elaboración de criterios: diciembre/16-febrero/17
Citación en consulta externa de geriatría "GERFRA": febrero/17
Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora: diciembre/18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1284

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

Fecha de entrada: 16/02/2018

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.
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN
GORGAS SORIA CARMEN
LOPEZ FORNIES ANA MARIA
SAN JUAN CUARTERO ROSA
VILLAR SAN PIO TERESA
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL
RECIO CABRERO ADORACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde que se inició el Proyecto se han realizado varias reuniones con la Subdirección del HUMS, con el objetivo, de poner en conocimiento de la misma la viabilidad del proyecto con los recursos con los que se cuenta para hacerlo efectivo.

Así mismo, se han realizado reuniones con el responsable del Sº de Angiología y Cirugía Vascul. Ambos servicios somos conscientes de que los resultados en salud en este grupo de pacientes mejora especialmente, cuando el manejo es multidisciplinar y existe una intervención geriátrica más precoz en aquellos en los que se detecta fragilidad. Por lo tanto se consensuan los siguientes objetivos:

1. Establecer los criterios de identificación de la población diana: pacientes > 85 años con isquemia arterial crónica grado IV ingresados en la planta de Angiología y Cirugía Vascul del HUMS.
2. Modificar la atención a este grupo de pacientes de especial complejidad, con el objetivo de mejorar su asistencia clínica, mediante la atención multidisciplinar.
3. Planificar organización de asistencia:
 - Valoración por el Geriatra, sin necesidad de interconsulta, de todos los pacientes > 85 años ingresados en la planta de Angiología y C. Vascul.
 - Pase de visita del Geriatra de lunes a viernes en horario de mañanas, a ser posible conjuntamente con el cirujano, o al menos con supervisora del Servicio para que exista feed-back de información diaria de la evolución del paciente.
 - Valoración clínica geriátrica, prevención y tratamiento de posibles complicaciones médicas y del riesgo y/o presencia de síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, síndrome ansioso-depresivo, síndrome confusional agudo...) que puedan condicionar la evolución del paciente.
 - Valoración del riesgo quirúrgico del paciente a demanda de A. y C. Vascul.
 - Evolución y órdenes de tratamiento actualizadas del Geriatra.
 - Reunión semanal con A y C Vascul-Geriatria para establecer planes de tratamiento y necesidades al alta, así como optimizar la utilización de recursos asistenciales.
 - Informe de alta de Geriatria y de A. y C. Vascul con consenso en diagnósticos y tratamientos al alta.
 - Seguimiento en consulta externa de Geriatria de los pacientes que precisen control postalta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Consenso en los criterios de selección establecidos, así como la organización de la atención entre la Subdirección del Centro, el Servicio de Cirugía Vascul y la Unidad de Geriatria, en el plazo marcado en el Proyecto de Calidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo en equipo constituido por diferentes especialidades, a pesar de su conocida eficacia y efectividad, no es fácil de establecer en la práctica diaria. De hecho, el abordaje multidisciplinar de los pacientes, requiere de un proceso previo para consensuar criterios de intervención de todos los profesionales implicados. Este ha sido el motivo por el que durante estos meses no se han podido poner en marcha las demás actividades propuestas. No obstante, la intervención multidisciplinar se iniciará el próximo mes de marzo, ya que se cuenta con la aprobación de la Subdirección médica, así como la colaboración e interés del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul y la Unidad de Geriatria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1284 ===== ***

Nº de registro: 1284

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1284

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

Título
ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

Autores:
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, GORGAS SORIA CARMEN, LOPEZ FORNIES ANA MARIA, SAN JUAN CUARTERO ROSA, VILLAR SAN PIO TERESA, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, RECIO CABRERO ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento de la expectativa de vida ha conducido a que patologías vasculares, como la enfermedad arterial periférica (EAP) se haya constituido en un problema de salud pública que afecta mayoritariamente a ancianos. En este momento es una de las principales causas de morbimortalidad y discapacidad en los ancianos frágiles. Esto se traduce en :

1. Prolongación de la estancia hospitalaria en los Servicios hospitalarios de Cirugía Vasculosa en los últimos años. Se debe a que esta patología se asocia con incremento del riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares (sd coronario agudo, ictus...); además de las posibles complicaciones que puede presentar el anciano frágil (deterioro funcional, síndrome confusional agudo...).
2. Necesidad de adecuación en la indicación terapéutica en aquellos pacientes frágiles con deterioro funcional y/o mental previo, en los que el tratamiento quirúrgico puede no contribuir a un incremento de la esperanza de vida y/o mejoría en su calidad de vida.
3. Dificultad de ubicación al alta de estos pacientes con deterioro funcional y mental sufrido durante el ingreso.

Los resultados en salud en este grupo de pacientes mejora especialmente cuando el manejo es multidisciplinar, existe una intervención geriátrica más precoz en aquellos pacientes en los que se detecta fragilidad y se realiza una adecuada coordinación con el Equipo de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Valoración Geriátrica Integral (VGI) precoz en pacientes = de 85 años ingresados en el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculosa (ACV) por isquemia crónica grado IV.
- Mejorar la indicación terapéutica en pacientes geriátricos disminuyendo la variabilidad clínica, mediante una herramienta adecuada de evaluación de fragilidad y pronóstico vital.
- Ofrecer nuestro apoyo y colaboración en la toma de decisiones.
- Consensuar la indicación terapéutica de cada paciente valorado, con el equipo quirúrgico en sesión multidisciplinar.
- Planificar la ubicación al alta de aquellos pacientes en los que al ingreso se detecte una situación de fragilidad social.
- Asegurar la continuidad asistencial al alta, contactando con el Equipo de Atención Primaria.

MÉTODO

- 1°. Selección de pacientes: isquemia crónica grado IV y edad = 85 años
 - 2°. VGI del paciente por enfermero/a de la Unidad de Geriátrica en las primeras 24-48h de ingreso.
 - 3°. VGI del paciente por geriatra de la Unidad de Geriátrica previo a intervención quirúrgica.
 - 4°. Sesión multidisciplinar (Unidad de Geriátrica /Servicio ACV) para consensuar opciones terapéuticas de los pacientes valorados: dos días al mes.
 - 5°. Elaboración de un informe con la indicación terapéutica más adecuada de cada paciente y las recomendaciones que se estimen oportunas, si se considera necesario.
 - 7°. Contacto telefónico y/o correo electrónico institucional con Equipo de Atención Primaria al alta del paciente, para asegurar la continuidad asistencial.
- Valoración Geriátrica Integral (VGI) del paciente por la Unidad de Geriátrica en las primeras 24-48h de ingreso.
 - Sesiones multidisciplinarias para consensuar las opciones terapéuticas.
 - Apoyo y colaboración en la toma de decisiones terapéuticas.

INDICADORES

1. N° de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en S° ACV con VGI/ N° de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en S° ACV. = 85%
2. Sesión multidisciplinar (Unidad de Geriátrica /Servicio ACV). = 2 al mes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1284

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

3. N° de informes realizados con indicación terapéutica/ N° de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en S° ACV con VGI. = 90%.

4. N° contactos telefónicos y/o correo electrónico con Atención Primaria/ N° de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en S° ACV con VGI. =80%.

DURACIÓN

- Elaboración criterios de selección: mayo/17.
- Inicio de valoración de pacientes: mayo/17
- Sesión multidisciplinar: primer y tercer miércoles de mes.
- Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora: diciembre/18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1287

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANA BELEN ESTEBAN GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES
GORGAS SORIA CARMEN
VILLAR SAN PIO TERESA
SANJUAN CUARTERO ROSA
LOPEZ FORNIES ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se desarrolló el protocolo, y debido a aspectos relacionados con la coordinación con los directivos de primaria se realizó dos reuniones informativas con los mismos (octubre y noviembre 2017), en dichas reuniones se expuso el protocolo y los objetivos.
Tras ser valorado por los subdirectores de Atención Primaria (Dra Alonso y DrArtal) y ser informado el director (DrPalacín), estos decidieron posponer la realización de dicho proyecto, debido a que han considerado que el mismo puede solaparse y dificultar con la introducción de la interconsulta virtual con especialistas y con el programa de atención al paciente crónico complejo.
Debido a esta situación el proyecto ha quedado pospuesto desde Atención Primaria, aunque desde dirección mostraron su interés en que una vez establecidos los programas descritos anteriormente se retomara el proyecto.
También se ha desarrollado la base de datos .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Comunicación directa con direcciones de atención primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde la unidad Geriátrica de Agudos se va a mantener un firme interés en llevar a cabo el proyecto, y se seguirá en contacto con los directivos de Atención Primaria para establecer el momento de inicio. No obstante, en el día a día de la planta de hospitalización de Geriatria se siguen atendiendo las llamadas de los Médicos de Atención Primaria que se interesan por sus pacientes ingresados y ante cualquier duda sobre nuestros pacientes, se contacta con el médico de Atención Primaria. Falta pues, encontrar el momento adecuado para protocolizarlo tal y como se pretende en este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

no se precisan

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1287 ===== ***

Nº de registro: 1287

Título
COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

Autores:
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, CLERENCIA SIERRA MERCEDES, SANJUAN CUARTERO ROSA MARIA, FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, VILLAR SAN PIO TERESA, LOPEZ FORNIES ANA MARIA, GORGAS SORIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA DEL PACIENTE FRÁGIL GERIÁTRICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1287

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El envejecimiento progresivo de la población y el deterioro funcional es un hecho . Según datos poblacionales del Instituto Aragonés de Estadística en el sector Zaragoza II, hay 27063 personas dependientes. Detectamos la necesidad de establecer comunicación y coordinación con Atención Primaria, complementaria al informe de alta. Reconocemos esta necesidad básica en la labor del Geriatra, ya descrita previamente en otros Servicios de Geriatria;(1) y se detecta por la atención habitual de llamadas telefónicas de médicos de Primaria sobre pacientes dados de alta. Partimos de un encuadre clínico ideal ya que la mayoría de los pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) tienen características de fragilidad o dependencia (mayores de 75 años, I.Barthel < 60 y T.Pfeiffer >2 errores); los que más se benefician de estos programas de coordinación entre Geriatria y Primaria (3).

Las experiencias previas arrojan unos resultados favorables en el seguimiento de estos pacientes (4), por lo cual proponemos aplicar un protocolo de coordinación bidireccional con los Equipos de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un protocolo de comunicación entre Geriatria y Atención Primaria, Informar al Equipo de Atención Primaria (EAP) al Ingreso.
Mejorar la realización de la historia clínica con información de su EAP.
Rentabilizar los ingresos en la UGA, realizar pruebas complementarias sencillas (ECG, analítica de sangre, Rx simple) pendientes de realizar en Atención Primaria, que pueda evitar duplicar pruebas y traslados innecesarios.
Informar al EAP del alta, y de las modificaciones farmacológicas y facilitar la adherencia terapéutica.
Establecer una línea de comunicación vía mail para futuras consultas de los pacientes que ya han estado ingresados, con el objetivo de evitar reingresos.

MÉTODO

Pacientes ingresados en Geriatria de Agudos de HMServet- Criterios de inclusión: edad >75 años, Barthel <60 y Pfeiffer >2 errores. De cada dos pacientes con esas características se incluirá uno al azar (muestreo aleatorio sistemático), creando un grupo casos y otro control.
Coordinación con Atención Primaria vía telefónica o vía mail.

Elaborar protocolo de coordinación U. Geriatria- EAP

Sesiones clínicas informativas en los centros de salud Sector II.

Creación de un correo electrónico para la comunicación entre Primaria y Geriatria.

Primer contacto telefónico desde Geriatria hacia Primaria informando del ingreso para completar historia, rentabilizar las pruebas básicas e informar del correo electrónico para posteriores comunicaciones, incluyendo aviso de alta o exitus .

Registro durante seis meses de los pacientes casos y control, creación de base de datos (periodo de inclusión de seis meses)

Seguimiento durante tres meses al alta, completar base de datos.

INDICADORES

1. Número de contactos con Atención Primaria conseguidos/Número de contactos con Atención Primaria Intentadosx100). Valor a alcanzar: > 80%.

2. Adherencia terapéutica al mes del alta. Grado de coincidencia entre las medicaciones prescritas al alta y la receta electrónica.

3. Adherencia terapéutica a los tres meses . Evaluada mediante encuesta telefónica al paciente con el test de Haynes-Sacketts). Valor a alcanzar: mayor adherencia terapéutica en los pacientes "casos".

4. Reingresos por la misma causa, en tres meses (precoces (menos de 15 días) y no precoces (>15 días). Valor a alcanzar: menos reingresos en en el grupo caso.

5.Satisfacción del EAP con el protocolo evaluada mediante breve encuesta vía correo electrónico, preguntas: 1, ¿le parece que este proyecto aporta calidad al manejo del paciente geriátrico en atención primaria?, si, no. 2, Valore del 1 al 5 la satisfacción con las colaboración obtenida por parte del Servicio de Geriatria (1 ninguna, 5 mucha colaboración), 3, Escriba sugerencias de mejora.

DURACIÓN

Elaborar protocolo de coordinación (mayo-junio/17)

Sesiones informativas en Centro de Salud del sector II (mayo, Junio/17)

Inclusión de pacientes (seis meses) y comienzo del protocolo de coordinación. Julio - diciembre 2017, seguimiento de las primeras altas.

Enero 2018-marzo 2018, seguimiento de los últimos pacientes dados de alta.

-Abril 2018 análisis de datos y publicación de resultados.

OBSERVACIONES

Bibliografía:

1, Bactan JL, Gil L, Andrés E, Vega E, Ruipérez I. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada. Aten Primaria 2000; 26: 374-82,

2, Martin Lasendre I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en Atención Primaria. Tendencia necesaria de hechos. Aten Primaria 2013, 45: 181-3,

3, Vela E, Cléries M, Bustins M, Mendoza L, Badosa N, Cadellas M, Bruguera J. Eficacia de un programa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1287

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca. Análisis poblacional sobre 56742 pacientes. Rev Esp Cardiol. 2014; 67: 283-93,

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0123

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA MEDICA)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ DE RUEDA CILLER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARMONA MOZOTA MARTA
GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA
SANZ GRACIA MARIA JOSE
IRIGOYEN PARDO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización del "Protocolo para la prevención y tratamiento de la infección bacteriana".
- Realización del "Protocolo para la prevención y tratamiento de la infección vírica"
- Realización del "Protocolo para la prevención y tratamiento de la infección fúngica"
- Elaboración de un documento para el registro de eventos adversos. Estos eventos adversos, se llevan registrando desde Marzo de 2017 por parte de todo el personal sanitario del servicio.
-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han elaborado los 3 protocolos correspondientes para el manejo de las diferentes infecciones en el paciente hematológico. Para ello, nos hemos ayudado de la bibliografía más actualizada posible en el manejo de las mismas.

Documento para recogida de los eventos adversos. Este documento, se encuentra en el control de Enfermería de la 6ªA Pares, pudiéndose documentar por parte del personal sanitario, cualquier evento adverso acontecido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La notificación de eventos adversos, nos ha ayudado a ver dónde están nuestros fallos y las posibilidades de mejora.

Los protocolos para el tratamiento de las diferentes infecciones, se encuentran en fase final de revisión y aceptación, pudiéndose así iniciar su uso en la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/123 ===== ***

Nº de registro: 0123

Título
PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA MEDICA)

Autores:
DE RUEDA CILLER BEATRIZ, COSTILLA BARRIGA LISSETTE, CARMONA MOZOTA MARTA ROCIO, GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA, SANZ GRACIA MARIA JOSE, IRIGOYEN PARDO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Elaboración de protocolos clínicos y guías de tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0123

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA MEDICA)

Formularios a rellenar al ingreso por el médico de guardia (nota de ingreso).
Listado de incidencias / efectos adversos detectados durante la práctica asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Protocolizar todos los tratamientos para actuar de la manera más uniforme posible.
Ser capaces de detectar efectos adversos que puedan afectar al paciente y su correcta notificación.
Necesidad de realizar una correcta historia clínica al ingreso del paciente para un mejor enfoque y un mejor tratamiento.

MÉTODO

Realización de protocolos clínicos para uso interno del área de hospitalización de hematología. Responsables: personal médico de planta (Beatriz De Rueda, Lissette Costilla y Rebeca Rubio)

Nota de ingreso uniforme para todos los pacientes que ingresan en planta. Responsable: Beatriz De Rueda

Detección y correcta notificación de cualquier evento adverso que pueda acontecer. Responsable: Beatriz De Rueda

INDICADORES

Evaluación periódica (mensual) de los eventos adversos acontecidos y notificación de los mismos.

Evaluar la correcta realización de la nota de ingreso (realizada por el hematólogo de guardia) en todos los pacientes hospitalizados.

DURACIÓN

Grupo activo desde el 1 de Enero de 2016.
Fecha prevista de finalización: finales de 2017

Cronograma de actividades:

Reuniones del grupo de calidad mensuales

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0128

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA GARCIA ESCUDERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARMONA MOZOTA MARTA
SANZ GRACIA MARIA JOSE
IRIGOYEN PARDO PILAR
DE RUEDA CILLET BEATRIZ
COSTILLA BARRIGA LISSETTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REALIZAR LISTADO DE INCIDENCIAS/EFFECTOS ADVERSOS DETECTADOS DURANTE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL.
ELABORACIÓN DE TRÍPTICO INFORMATIVO QUE SE ENTREGARÁ A TODOS LOS PACIENTES A SU INGRESO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA. REALIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCION A UN 10% DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO, DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA AL INGRESO.
ELABORACIÓN DE DÍPTICO INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS AL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA.
ELABORACIÓN DE DÍPTICO INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS AL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HIZO RECOGIDA DE ENCUESTAS DE SATISFACCION A LOS PACIENTES, SALIENDO EL 100% SATISFECHOS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA AL INGRESO.
REALIZACION DE TRIPTICOS INFORMATIVOS PARA LOS PACIENTES LA INGRESO, PENDIENTES DE VALIDAR POR UCA.
REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDO AL TRASPLANTE AUTOLOGO DE MÉDULA ÓSEA, PENDIENTE DE VALIDAR POR UCA.
PENDIENTE DE REALIZAR DÍPTICO INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS AL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA.
SE SIGUEN REGISTRANDO INCIDENCIAS/EFFECTOS ADVERSOS OCURRIDO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y SE EVALUAN MENSUALMENTE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA/ HEMOTERAPIA ESTÁ INMERSO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LO QUE NOS PARECE MUY IMPORTANTE SEGUIR CON EL REGISTRO DE INCIDENCIAS/EFFECTOS ADVERSOS.
DEBIDO A LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES CON LA INFORMACIÓN DADA AL INGRESO, SEGUIREMOS HACIENDO DICHAS ENCUESTAS, PARA RESOLVER DUDAS DEL PACIENTE, FAMILIARES Y PARA TRABAJAR TODO EL SERVICIO CON LAS MISMAS PAUTAS TRABAJAREMOS EN LA REALIZACIÓN DEL DÍPTICO DE TRASPLANTE ALOGÉNICO Y ESPERAREMOS VALIDACIÓN DE OTROS DÍPTICOS PARA PODER ENTREGAR A LOS PACIENTES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/128 ===== ***

Nº de registro: 0128

Título
PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)

Autores:
GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA, CARMONA MOZOTA MARTA ROCIO, SANZ GRACIA MARIA JOSE, IRIGOYEN PARDO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0128

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)

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

PROBLEMA

El servicio de Hematología Hemoterapia está inmerso en la seguridad del paciente por lo que elaboraremos un listado de incidencias/efectos adversos detectados durante la práctica asistencial.

Para resolver dudas del paciente y familiares y para trabajar todo el servicio con las mismas pautas se elaboraran trípticos informativos que se entregarán a todos los pacientes a su ingreso en el servicio de hematología, se elaborarán dípticos informativos para los pacientes que van a ser sometidos a trasplante autólogo de médula ósea y también se elaborarán dípticos informativos para los pacientes que van a ser sometidos al trasplante alogénico.

RESULTADOS ESPERADOS

Ser capaces de detectar los efectos adversos que puedan afectar al paciente y su correcta notificación. El grupo de mejora valorará las necesidades, elaborará los trípticos, y los dípticos, los consensuará en grupo y los comentará con el servicio de Hematología, con la participación de algún usuario. Los repartirá a los pacientes a su ingreso.

MÉTODO

Listado de incidencias/efectos adversos detectados durante la práctica asistencial. Responsables Beatriz De Rueda y María Teresa García.
Elaboración del tríptico informativo que se entregará a todos los pacientes a su ingreso en el servicio de hematología. Responsables María José Sanz y Pilar Irigoyen.
Elaboración del díptico informativo para los pacientes que van a ser sometidos al trasplante autólogo de médula ósea. Responsables Marta Carmona y María Teresa García.
Elaboración de díptico informativo para los pacientes que van a ser sometidos al trasplante alogénico de médula ósea. Responsables María José Sanz y María Teresa García.

INDICADORES

Evaluación periodica (mensual) de los eventos adversos acontecidos y notificación de los mismos.

Realizaremos dos cortes al año (abril y octubre) de un 10% de los ingresos al año que hay en el servicio, donde les entregaremos una encuesta que recogerá datos sobre si la información recibida ha sido suficiente, si la han comprendido y sobre qué información les hubiese gustado recibir. Haremos las modificaciones oportunas.

DURACIÓN

Desde 01/01/2016 hasta 31/12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0535

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001. HOSPITAL DE DIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ANASTASIA PILAR AULES LEONARDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABALLERO NAVARRO GONZALO
GODOY MOLIAS ANA CRISTINA
MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA
PARRA SALINAS INGRID
RUBIO MARTINEZ ARACELI
RECASENS FLORES VALLE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reuniones del grupo de mejora.
-Se realizó la actualización de los protocolos de quimioterapia en el programa de farmacia Hospiwin.
-Sistematización y análisis de la información del Sistema de Gestión de Calidad:
-Seguimiento de indicadores
-Análisis de incidencias y toma de medidas Correctoras / preventivas
-Estudio de No conformidades (apertura, estudio y cierre).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS ESPERADOS

1.Mantener la certificación ISO 9001.

Se ha logrado mantener la certificación ISO 9001 del Hospita de día - Hematología, de acuerdo con las siguiente calendario:

-Auditoría interna: 24 marzo 2017
-Revisión por la dirección: 14 abril 2017
-Auditoría externa: 20 abril 2017

2. Seguimiento de los dos objetivos para 2016-2017 del Hospital de día Hematología:

-Disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante la actualización de los protocolos de quimioterapia vigentes.
-Indicador: Porcentaje de protocolos de quimioterapia actualizados: (estandar >80%), Logrado: 98%.

-Modificación de la sistemática de citación de tratamientos en Hospital de día Hematología, a realizar por personal administrativo y no por enfermería.
Se ha desistido de este objetivo dado que no depende de la unidad ni del personal que labora en ella sino de recursos y voluntad de área administrativa ajenos a la misma.

-Seguimiento de indicadores críticos:

-Gestion del tratamiento: Porcentaje de pacientes con demora >24 horas en la administración de tratamiento en Hospital de día Hematología por no disponibilidad de sillones/camas: (estándar 5%).
Logrado: 0%, a ningún paciente se le retrasó el tratamiento por no disponibilidad.

-Gestión de informes: Porcentaje de pacientes en tratamiento en hospital de día Hematología que disponen de informe médico en la intranet (estándar 30%).
Logrado el 50% de pacientes con informe.

-Gestion de citación: Porcentaje de pacientes de primer día con carácter preferente citados antes de 10 días en consulta externa de Hematología: (estándar 80%). Logrado: 82%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-El Hospital de día Hematología del H. Miguel Servet ha logrado mantener la certificación ISO 9001, pese a los cambios de personal y a ser un sistema de calidad joven, gracias al esfuerzo y trabajo en equipo de todo el personal que labora en el mismo, con lo cual se garantiza continuar prestando un servicio de calidad a los usuarios.

7. OBSERVACIONES.

Ha habido un cambio en la responsable del proyecto, cuando se aprobó era la Dra. Ilda M^a Murillo Flórez pero debido a movimientos de FEA interinos, la Dra. Anastasia Aulés Leonardo pasa a ser la responsable de Calidad del Hospital de día y la responsable del proyecto desde el 24/02/2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0535

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001. HOSPITAL DE DIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

*** ===== Resumen del proyecto 2016/535 ===== ***

Nº de registro: 0535

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 HOSPITAL DE DIA SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA, CABALLERO NAVARRO GONZALO, GODOY MOLIAS ANA CRISTINA, GUALLART CALVO MARIA REYES, MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES, PARRA SALINAS INGRID, RUBIO MARTINEZ ARACELI, RECASENS FLORES VALLE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Hospital de día del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Miguel Servet ha trabajado duro durante el último año para recuperar la certificación según norma UNE-EN ISO 9001 para el año 2016 y lo ha conseguido. Dicha certificación estaba suspendida desde el año 2014 debido a importantes cambios estructurales del Servicio de Hematología.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto, el compromiso del Hospital de día del Servicio de Hematología y Hemoterapia es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales o potenciales.

Nuestro planteamiento es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 lograda en 2016. Teniendo en cuenta que se trata de un sistema joven, consideramos necesario fortalecer todos los procesos en los que se sustenta para garantizar su continuidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos de este proyecto son:

- Mantener la certificación ISO 9001.
- Ejecutar los objetivos propuestos para 2016-2017 en el sistema de calidad del Hospital de día Hematología.

MÉTODO

1. Metodología
 - Sistematización y utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua, mediante las actividades descritas abajo junto con los responsables de su ejecución.
 - Actualización de los protocolos de quimioterapia y de manejo de hemopatías mediante la revisión bibliográfica de guías de tratamiento nacionales e internacionales, publicaciones científicas, protocolos y consensos disponibles.
2. Actividades
 - Resultado del seguimiento de los dos objetivos para 2016-2017 del Hospital de día Hematología:
 - o Disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante la actualización de los protocolos de quimioterapia vigentes y la elaboración de protocolos clínicos para el manejo de las diferentes hemopatías.
 - o Modificación de la sistemática de citación de tratamientos en Hospital de día Hematología, a realizar por personal administrativo y no por enfermería.
 - Seguimiento de indicadores
 - Análisis de incidencias y toma de medidas correctoras/preventivas
 - Estudio de No conformidades (apertura, estudio y cierre).

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0535

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001. HOSPITAL DE DIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Para monitorizar el proyecto emplearemos los siguientes indicadores:

1. Porcentaje de protocolos de quimioterapia actualizados: (estandar >80%), Objetivo: >80%.

Este indicador se obtendrá del número de protocolos de quimioterapia debidamente actualizados / número total de protocolos para el tratamiento de hemopatías en el Hospital de día disponibles en el programa de farmacia Hospiwin.

2. Modificación de la sistemática de citación de tratamientos en Hospital de día (por personal administrativo y no por enfermería): Implantación

Este indicador se valorará mediante el cumplimiento de las actividades y calendario previstos para su ejecución y el logro final del objetivo planteado.

3. Cumplimiento de tres indicadores críticos del Sistema de Calidad del Hospital de día Hematología:

Gestion del tratamiento*: Porcentaje de pacientes con demora >24 horas en la administración de tratamiento en Hospital de día Hematología por no disponibilidad de sillones/camas: (estándar 5%). Objetivo <5%

Gestión de informes*: Porcentaje de pacientes en tratamiento en hospital de día Hematología que disponen de informe médico en la intranet*(estándar 30%). Objetivo >30%

Gestion de citación*: Porcentaje de pacientes de primer día con carácter preferente citados antes de 10 días en consulta externa de Hematología: (estándar 80%). Objetivo >80%

*La medición se realizará durante una semana aleatoria mínimo dos veces al año.

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

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio y finalización del proyecto: Enero a Diciembre 2017

Auditoría interna: Febrero/abril 2017

Revisión por la Dirección: Abril 2017

Auditoría Externa: mayo/junio 2017

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

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

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Enero-Diciembre 2017.

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: Marzo 2017

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0779

1. TÍTULO

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES

Fecha de entrada: 12/02/2018

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.
LATORRE MARCELLAN PEDRO
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
GIMENEZ FORTEA ELENA
MACIAS PALACIN MARIA PILAR
RODRIGO MARTINEZ CARMEN
ARQUED RIVES MARIA JOSE
LASALA VILLA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas durante el año 2017 han sido las siguiente:

- Revisión por la Dirección. 9 de marzo 2017.
- Auditoría interna. 3 y 4 de abril 2017.
- Auditoría externa. 22 y 23 de noviembre de 2017.

Se ha cumplido, aunque con ligeras variaciones, los tiempos establecidos para cada una de las actividades establecidas en el proyecto inicial.

Se han realizados reuniones periódicas entre los componentes del grupo de mejora para la preparación de auditorías en las que se ha ido realizando evaluaciones del sistema de gestión de calidad, resultados periódicos de controles internos y externos para su posterior evaluación, junto con el resto de las actividades desarrolladas para el mantenimiento del sistema de gestión de calidad (gestión de personal, mantenimiento de equipos, formación del personal, gestión de no conformidades).

Uno de los objetivos nuevos incorporados hace referencia a la realización de la regla de validación "plaquetas-citrato". En estos momentos se realiza de manera automática, apareciendo reflejado en el informe de laboratorio definitivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las propuestas que se hicieron en el proyecto de cara a objetivos de calidad son los siguientes, los cuales se han alcanzado en su totalidad:

1. En la fase preanalítica los objetivos marcados:
 - Reducir el número de muestras insuficientes por debajo del 10%
2. En la fase analítica
 - Capacitación del personal, conseguir una asistencia a los cursos de formación superior al 80%
 - Reglas de validación.
3. En fase postanalítica:
 - Disminuir el porcentaje de correos no abiertos por debajo del 5% - Mantener el tiempo de respuesta inferior a 24 horas.

En cuanto a las "plaquetas-citrato" el resultado obtenido ha sido satisfactorio, al comprobar que se ha reducido el número de frotis de sangre periférica que se hacían antes de la introducción de dicha regla de validación, y además la cifra emitida en el informe es más precisa.

El resultado final de todo el trabajo del grupo de mejora ha sido la renovación de la acreditación del laboratorio tras la realización de las auditorías interna y externa del año 2017.

Un aspecto añadido a los resultados expuestos y que no había sido mencionado en el proyecto inicial ha sido la ampliación del alcance de la VSG.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo de mejora valora positivamente las actividades realizadas a lo largo del año 2017, ya que han contribuido de forma importante al mantenimiento de la acreditación y han facilitado la consecución de los objetivos propuestos.

Para el mantenimiento de la acreditación es conveniente continuar con este proyecto, ya que el sistema de gestión de calidad en el laboratorio es un proceso continuo, que implica formación del personal que se vaya incorporando y seguimiento de todas las actividades incluidas en el sistema, de una forma periódica a lo largo de años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/779 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0779

1. TÍTULO

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES

Nº de registro: 0779

Título

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES

Autores:

IBORRA MUÑOZ ANA, LATORRE MARCELLAN PEDRO, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, GIMENEZ FORTEA ELENA, MACIAS PALACIN MARIA PILAR, RODRIGO MARTINEZ CARMEN, ARQUED RIVES MARIA JOSE, LASALA VILLA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El laboratorio de hematología del HU Miguel Servet está acreditado según la norma UNE-EN ISO 15189 para laboratorios de análisis clínicos desde el año 2009. Nuestra propuesta como proyecto de mejora y el compromiso del servicio de hematología es el mantenimiento de dicha acreditación para el año 2017, tras la puesta en marcha de los nuevos contadores hematológicos, garantizando un sistema de gestión donde los procesos estén documentados y actualizados. Como oportunidad de mejora tras la incorporación de los nuevos analizadores se han ido desarrollando una serie de reglas de validación que van a conseguir un trabajo más eficiente en el área. Estas reglas de validación, ajustadas a nuestra población, consiguen que el trabajo sea más automatizado con lo que se disminuyen errores y se gana en eficiencia.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es el mantenimiento de la acreditación del laboratorio. Como objetivo secundario conseguir los objetivos propuestos por el laboratorio para 2016-2017. En la fase preanalítica: reducir el número de muestras insuficientes por debajo del 10%, capacitación del personal, conseguir una asistencia a los cursos de formación superior al 80% y en fase postanalítica: disminuir el porcentaje de correos no abiertos por debajo del 5% y mantener el tiempo de respuesta inferior a 24 horas. Además de estos objetivos básicos, con la incorporación de distintas reglas de validación se pretende que sobre los resultados alterados detectados por el sistema, de una manera automatizada, se realicen las acciones necesarias para su corrección o en caso necesario la realización de un frotis automático por el nuevo extensor-teñidor para que sea interpretado por el facultativo responsable de la sección.

MÉTODO

En relación al Sistema de Gestión de Calidad es necesario sistematizar y mejorar la utilización de la información (informes de auditorías, objetivos e indicadores, no conformidades, incidencias) para la mejora continua, mediante un control más directo de las incidencias y no conformidades con reuniones periódicas del personal implicado en la acreditación con el responsable de calidad del servicio, en las que también se realizará el seguimiento trimestral de los objetivos planteados para la acreditación y revisión de desviaciones que se puedan producir en los mismos. Nº de reuniones trimestrales: mínimo 3. En cuanto a las reglas de validación planteadas por el laboratorio para la mejora del trabajo destacamos la realización de "plaquetas-citrato": al incorporar todos los tubos de coagulación en el sistema de separación y almacenaje, es posible la realización de forma automática de un nuevo hemograma con el citado tubo cuando las plaquetas estén por debajo del límite de la normalidad. En caso del llamado "fenómeno EDTA" la cifra se corregirá en el nuevo análisis y ya no hará falta ninguna revisión posterior. En caso de no corregirse se realizará una extensión de sangre periférica para su revisión por el facultativo responsable. Todos estos pasos, sin las reglas de validación de los nuevos contadores, se harían de forma manual. A partir de ahora es un proceso continuo, haciendo el trabajo del personal más eficiente.

INDICADORES

Fase preanalítica:
Reducir el número de incidencias de muestras insuficientes respecto al total de incidencias. Indicador: Porcentaje de muestras insuficientes < 10%.
Muestras repetidas de un mismo paciente en el mismo día. Indicador: Porcentaje de peticiones repetidas de un mismo paciente en el mismo día < 0.5 %.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0779

1. TÍTULO

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES

Fase analítica:

Creación y valoración de reglas de decisión en los nuevos equipos. Indicador: Porcentaje de análisis con realización de plaquetas-citrato del total de análisis con trombocitopenia >80%.

Capacitación del personal asignado al área de hematimetría en el uso de los nuevos equipos. Indicador: % asistencia del personal a las actividades formativas >80%.

Fase postanalítica:

Disminuir el número de email no abiertos con comunicaciones de valores patológicos en consultas externas. Indicador: % email no abiertos <5%.

Tiempo de respuesta. Indicador: Fecha del informe analítico - fecha de petición < 24 horas.

DURACIÓN

Auditoría interna: Febrero/abril 2017.

Revisión por la dirección: Abril 2017.

Auditoría externa: Mayo/junio 2017.

Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría interna: Abril/diciembre 2017.

Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría externa: Junio/diciembre 2017.

Formación de los profesionales y sesiones del servicio: Tercer trimestre de 2016/ Primer trimestre 2017.

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE CARLOS SALVADOR OSUNA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROBLES CLERENCIA GEMA MARIA
BELLOSO ROMERO SONIA
FERNANDEZ LACRUZ PILAR
MONEVA JORDAN JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º Todos los hospitales de Aragón, a excepción del hospital Obispo Polanco de Teruel han remitido muestras de líquido cefalorraquídeo para estudio inmunofenotípico para citometría. Se ha facilitado formación al personal del S. de Hematología encargado de las extracciones acerca de la técnica de extracción y condiciones de transporte. Los hospitales: Universitario Miguel Server de Zaragoza, Royo Villanova de Zaragoza, hospital de Barbastro y Hospital San Jorge de Huesca han enviado muestras de PAAF de adenopatías para estudio inmunofenotípico por citometría.

2 El personal técnico implicado en la recepción de muestras está formado acerca de las condiciones y tiempo de conservación de las muestras.

3º Se reponen los tubos con material estabilizante (TransFix) o medio de cultivo (RPMI) a través de la supervisión de enfermería de los Servicios de Hematología, Anatomía patológica, Unidad de bronoscopias del Servicio de Hematología del H. Miguel Servet. En los Hospitales San Jorge de Huesca y H. Royo Villanova se reponen tubos con estabilizador a petición de los facultativos y colaboradores de dichos centros. En el caso de los centros periféricos se envían los tubos con estabilizante a través del personal encargado del transporte de muestras intercentros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de vigencia del programa de Mejora de la calidad, la unidad de Citometría ha recibido:

166 muestras de PAAF. El 100 % de las mismas se recibió correctamente estabilizada. En 11 de las muestras no había celularidad viable.

200 muestras de líquido cefalorraquídeo. De estas, 199 estaban correctamente estabilizadas y se emitió un informe con un juicio clínico así como un recuento de la celularidad de la muestra y el desglose de poblaciones.

3º Se han podido procesar con éxito muestras de líquidos cefalorraquídeos extraídos fuera del horario de trabajo, uno de los objetivos prioritarios del programa (las extracciones de muestras deben efectuarse cuando la situación del paciente lo requiere, no de 8 a 15 de lunes a viernes).

EVALUACIÓN DE INDICADORES:

Facultativos formados: 100 % del personal de Anatomía patológica (hemopatólogos), Neumología / bronoscopias, Hematología HUMS, HRV, HSJ.

Formación de TEL encargados de la recepción de la muestra: 100 % del personal de la Unidad de Citometría.

Correcta cumplimentación de los volantes de solicitud: todos los volantes recibidos, estaban suficientemente cumplimentados (datos de identificación del paciente, facultativo peticionario, fecha de la petición y extracción, tipo de muestra enviado, sospecha clínica, tipo de estudio solicitado).

Correcta estabilización de la muestra:

Muestras de PAAF: 100 %.

Muestras de LCR: 99,5 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1º No se ha elaborado un documento de recogida de datos dada la complejidad en la elaboración del mismo así como la heterogeneidad de los Servicios implicados. Haría falta la elaboración de documentos diferenciados en función de los Servicios implicados y el tipo de muestra. Dado que el objetivo del SALUD es lograr "hospitales sin papel", se valora la posibilidad de trabajar con el petirorio electrónico del programa de gestión de laboratorio Modulab Gold. En la actualidad, las peticiones de citometría de los hospitales Miguel Servet, H. Royo Villanova y H. San Jorge de Huesca, se generan electrónicamente y una vez la muestra es recibida por la Sección de recepción de muestras su personal activa la petición y esta es visible por la unidad de Citometría de flujo. El problema detectado con este método de trabajo es que no siempre se codifica correctamente el tipo de muestra enviado ni la sospecha diagnóstica. Algunos centros duplican y hasta triplican la petición para una misma muestra. Este problema, detectado en años previos sigue sin tener una solución. Por el momento, trabajamos con diferentes volantes de petición: P10, hoja de consulta, hoja de petición de estudio anatomopatológico. Todos ellos, por el momento, clarifican el tipo de petición de muestra así como el tipo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

estudio solicitado por el clínico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

creemos que se ha logrado una mejora evidente sobre la realidad de años previos. Se ha logrado poder disponer de estudio inmunofenotípico en cualquier paciente de los centros mencionados independientemente del horario de trabajo, sin embargo queda margen de mejora: debe conseguirse la correcta estabilización del 100 % de las muestras (aunque los resultados logrados han sido casi excelentes en este sentido). Debe trabajarse en un petitorio unificado y trabajar con el personal administrativo que crea las peticiones electrónicas para evitar duplicaciones y que se aporte información suficiente en cuanto a sospecha diagnóstica. El proyecto es sostenible, dado que el reactivo estabilizante empleado está en concurso de reactivos y tiene código SERPA. Creemos que dado que existe margen de mejora el proyecto debe ser replicado y continuar en años venideros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/859 ===== ***

Nº de registro: 0859

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

Autores:
SALVADOR OSUNA CARLOS, ROBLES CLERENCIA GEMA MARIA, BELLOSO ROMERO SONIA, FERNANDEZ LACRUZ PILAR, MONEVA JORDAN JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora y optimización de recursos

PROBLEMA

La citometría de flujo (CMF) es la técnica más sensible y específica para la detección de infiltración neuromeningea por procesos oncohematológicos. Puede resultar de ayuda en los estudios de adenopatías por PAAF (punción aspiración con aguja fina) en casos en los que el patólogo sospeche una hemopatía. En las muestras de PAAF de algunas patologías hematológicas (pej. Linfomas de alto grado de malignidad o con alto recambio celular) la pérdida celular puede ser muy rápida. El líquido cefalorraquídeo(LCR) tiene capacidad citolítica per se. Dado que la citometría precisa células viables para obtener resultados, el procesamiento de la muestra deba realizarse en 30 minutos desde la extracción(Biomédica 2010;30(Supl):11-21). Teniendo en cuenta que el transporte de la muestra puede precisar de un tiempo superior se detectó que un alto porcentaje de las muestras recibidas en la unidad de citometría no tenían celularidad viable en el momento del análisis, lo que obligaba a repetir la extracción. En muestras infiltradas por células tumorales que fácilmente puedan entrar en apoptosis, es posible, a pesar de un procesamiento inmediato, que la técnica sólo detecte la celularidad residual normal, resultando un análisis falsamente negativo. Por todo lo anteriormente dicho, la obtención de muestras de LCR y PAAF para citometría sólo podía realizarse de lunes a viernes, en horario de trabajo y ello con altas posibilidades de obtener resultados no representativos de la situación clínica real del paciente. Algunos estudios (J Clin Oncol.2009;27:1462-1469. Curr Protoc Cytom. 2008; Chapter 6: Unit 6.25) demuestran que el empleo de soluciones estabilizantes previenen la pérdida celular debida a la apoptosis y a la citolisis en muestras para inmunofenotipaje por periodos superiores a las 48 horas, lo que permite ofertar un análisis fiable y de calidad independientemente del horario de extracción. Por todo ello, se constituyó un grupo de mejora de la calidad y se solicitó la inclusión del proyecto: "IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTÍPICOS" en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD. Este programa fue seleccionado en la convocatoria de 2013. En 2015 se amplió el proyecto para ofertarlo a todos los Servicios de Hematología y Neurología de la Comunidad Autónoma. Hasta la fecha los resultados obtenidos han sido muy favorables, por lo que se solicita el mantenimiento del grupo en el año 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo sigue siendo la optimización de recursos:

1º Eliminar el deterioro de muestras de LCR y PAAF debidas a la citolisis y/o apoptosis evitando la repetición de procedimientos invasivos. Extensión del proyecto a todos los hospitales de la Comunidad Autónoma.

2º La obtención de la muestra se efectúa en el momento que el paciente lo necesita, independientemente del horario.

MÉTODO

Revisión del protocolo en el que se detalle la técnica de obtención, estabilización, transporte y almacenamiento de las muestras de hasta su procesamiento.

Envío de cartas y realización de reuniones formativas si fuese necesario para la explicación y difusión del protocolo entre el personal técnico y facultativo implicado.

INDICADORES

Formación del personal facultativo:

(Facultativos formados/ Facultativos de los Servicios implicados)*100.

Envío de cartas con instrucciones de procedimiento de conservación y almacenaje de las muestras al personal técnico encargado de la recepción de la muestra: (Personas formadas/TEL adscritas al área de citometría)*100. A conseguir un mínimo del 80 %

Correcta cumplimentación del volante de solicitud: (Peticiones correctamente cumplimentadas / Nº total de peticiones recibidas)*100. A conseguir un 100 %. En caso de la recepción de un volante no correctamente cumplimentado se contactará con el responsable de la extracción de la muestra.

Correcta estabilización de la muestra: a lograr el 100 %

DURACIÓN

Revisión del protocolo: permanente.

Envío de cartas al personal técnico y facultativo: primera quincena tras la aceptación del proyecto.

Formación del personal adscrito: primer mes tras la aceptación del proyecto.

Valoración de resultados: al año de aceptado el proyecto 2016.

Duración del proyecto: indefinida. Se solicitará renovación del proyecto en 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1002

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE INGRID PARRA SALINAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE RUEDA CILLER BEATRIZ
COSTILLA BARRIGA LISSETTE
AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR
DELGADO BELTRAN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Formación de un mes por parte de la responsable del grupo de mejora en la Unidad de Trasplante hematopoyético del Hospital Clínico de Barcelona.
2. Se han desarrollado una plantilla con el servicio de archivos para la realización de una informe de valoración pretrasplante del paciente antes del ingreso.
3. Se han creado plantillas de seguimiento postrasplante en las cuales se incluirán datos clinicos importantes, que ayudarán a tomar decisiones terapeuticas o de monitorización.
4. Se han re-distribuido las tareas inicialmente asignadas, dado que 3 miembros del grupo ya no trabajan en este centro.
5. Se ha realizado dos reuniones del grupo de mejora para comentar los avances en las tareas asignadas.
6. Se han programado varias charlas en el servicio por parte del grupo de mejora para para difundir los objetivos y resultados del programa para poder contar con la colaboración de más personal.
7. La data manager de nuestro servicio ha recibido formación para el uso de la plataforma del registro de trasplantes EBMT (European Bone Marrow Transplantation)
8. Se ha obtenido un ejemplar de la guía del GETH (Grupo Español de Trasplante Hematopoyético), para pacientes afectos de EICH crónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se ha creado un consentimiento informado para los pacientes y en relación con el registro de datos relacionados con el trasplante.
2. Se ha iniciado el registro de los trasplantes realizados en nuestro centro, en el registro EBMT.
3. Se han realizado informes de valoración pre-trasplante en todos los pacientes que han ingresado para trasplante alogénico.
4. Se ha distribuido la guía del GETH a todos los pacientes con EICH crónico.
5. Se han cumplimentado las plantillas de seguimiento postrasplante en todos los pacientes con trasplante alogénico y que reciben tratamiento activo en nuestro centro.
6. Se han actualizado los protocolos de valoración de donante y receptor del trasplante hematopoyético.
7. Se ha creado un email destinado al manejo de la información relacionada con los pacientes trasplantados.
8. Se ha creado un grupo de trabajo con el servicio de Digestivo con el fin de intentar agilizar la realización de pruebas endoscópicas en pacientes trasplantados.
9. Se ha creado un grupo de trabajo con el servicio de Anatomía-Patológica con el fin de poder agilizar los resultados de estos pacientes.
10. Esta pendiente una reunión con el jefe de servicio de Neumología para la creación de un grupo de trabajo con este servicio.
11. Esta pendiente una reunión con el jefe de servicio de Radiología para la creación de un grupo de trabajo con este servicio.
12. Se ha creado el protocolo de Diagnostico y tratamiento de la Enfermedad de injerto contra receptor en pacientes con trasplante hematopoyético y se ha enviado a la Unidad de calidad para su valoración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Está pendiente la actualización del protocolo de seguimiento postrasplante hematopoyético.
Se encuentran en elaboración los protocolos de Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Injerto contra Huésped aguda y Prevención y tratamiento de complicaciones a largo plazo.
La creación de los grupos de trabajo con los servicios de Digestivo y Anatomía-Patológica han sido fundamentales para la atención de los pacientes.
Insistiremos en la creación de los demás grupos de trabajo en los próximos meses.
No hemos alcanzado todos los objetivos iniciales, pero hemos desarrollado más actividades a las propuestas que tienen igual o mayor importancia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1002

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1002

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

***** ***

Nº de registro: 1002

Título
MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
PARRA SALINAS INGRID, DE RUEDA CILLER BEATRIZ, CABALLERO NAVARRO GONZALO, MURILLO FLOREZ ILDA MARIA, COSTILLA BARRIGA LISSETTE, DELGADO BELTRAN MARIA PILAR, RUBIO ESCUIN REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es un procedimiento complejo, que conlleva en la mayoría de los pacientes complicaciones variadas y frecuentes, que en su mayoría precisan un diagnóstico precoz y un tratamiento multidisciplinar. En el proyecto de mejora de 2015 (optimización de la valoración previa y posterior al trasplante de progenitores hematopoyéticos) logramos mejorar el proceso de evaluación de los pacientes candidatos a TPH y homogeneizar el proceso de selección. De igual manera se logró un consenso sobre el seguimiento y estudios que deben hacerse en el periodo postrasplante. No obstante, queda pendiente avanzar en otros aspectos de gran importancia, tales como la elaboración de protocolos de manejo de las principales complicaciones, la creación de equipos multidisciplinares que no solo valoren al paciente con celeridad en el periodo pretrasplante (proyecto de mejora del año 2015) sino que lo hagan también en el momento de desarrollar complicaciones relacionadas con el mismo. Y la creación de un email institucional dedicado únicamente al manejo de la información relacionada con este tipo de pacientes que permita una comunicación directa y más rápida con el resto de centros hospitalarios donde sean atendidos estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de un grupo multidisciplinar para el manejo de las complicaciones más frecuentes (metabólicas, digestivas, oftalmológicas, cutáneas, respiratorias, urológicas, ginecológicas y reumatológicas) de los pacientes trasplantados.
- Elaboración de protocolos de prevención, diagnóstico y manejo de Enfermedad de Injerto contra Huésped agudo y crónico (EICH) y de otras complicaciones específicas del trasplante.
- Centralización de toda la información relacionada con los pacientes trasplantados mediante la creación de un email institucional con el fin de no perder ni duplicar información y que facilite la comunicación con otros centros hospitalarios donde sean atendidos estos pacientes.

MÉTODO

Metodología: Se asignarán tareas específicas a cada miembro del grupo de mejora con el fin de asegurar la consecución de los objetivos.

- Reuniones con las distintas especialidades con el fin de concertar el tipo de controles que precisan estos pacientes en sus consultas, intentar asegurar que reciban atención a tiempo y, consensuar pruebas diagnósticas y manejo terapéutico.
- Creación de protocolos de manejo clínico de las complicaciones más prevalentes en este tipo de pacientes.
- Reunión con el equipo de informática de nuestro centro para crear el email institucional dedicado únicamente al manejo de la información relacionada con los pacientes trasplantados.

Actividades:

- Creación de varios grupos multidisciplinarios conformados por uno o dos hematólogos y uno o dos especialistas de otros servicios (Endocrinología, Digestivo, Oftalmología, Dermatología, Neumología, Urología, Ginecología y Reumatología).
- Creación de email institucional y difusión de su existencia a los demás centros hospitalarios donde sean atendidos estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1002

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- Elaboración de protocolos:
 - o Prevención de la Enfermedad de Injerto contra Huésped.
 - o Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Injerto contra Huésped aguda.
 - o Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Injerto contra Huésped crónica.
 - o Prevención y tratamiento de complicaciones a largo plazo.

INDICADORES

1. Porcentaje de protocolos elaborados / protocolos planeados: Objetivo 80%.
2. Creación de al menos tres grupos multidisciplinares de atención al paciente trasplantado de médula ósea: Objetivo: Constituidos.
3. Creación del email institucional dedicado a temas del trasplante. Objetivo: establecimiento.
4. Tiempo de espera para la valoración de pacientes trasplantados por dichos servicios*: Objetivo: dentro de los plazos acordados previamente con dichos servicios*.
5. Porcentaje de seguimiento de los protocolos de manejo de EICH y complicaciones tardías**: Objetivo 80%.

*La medición de este indicador se hará durante un mes al año, una vez constituido el grupo multidisciplinar.

** La medición de este indicador se hará durante una semana aleatoria dos veces al año, una vez elaborados y difundidos los protocolos, incluyendo todos los pacientes ingresados para trasplante y/o valorados en consulta tras el mismo durante la semana elegida.

DURACIÓN

Enero a Diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0060

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

Fecha de entrada: 20/02/2018

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.
VERA CEAMANOS MIGUEL
SEGURA AZNAR MARIA JESUS
MONCLUS ARRIETA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Gestión de equipos: identificar todos los equipos. 2017
Gestión de equipos: se han calibrado/verificado todos los equipos que lo requerían. Diciembre 2017
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Diciembre 2017
Auditoria interna 15/03/2017
Revisión por la Dirección 4/04/2017
Auditoria Externa Abril 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Cualificar al personal en materia de higiene alimentaria (Estándar 85%). Resultados: 1º semestre: 88,29%; 2º semestre: 88,83%
-Mejorar los resultados microbiológicos en comidas no sometidas a tratamiento térmico (AMT y Enterobacterias). (Estándar 80%). Resultados. 2º trimestre 66,27% AMT y Enterobacterias; 3º trimestre 84,21% AMT y 52,63% Enterobacterias.
-Estandarizar el proceso de porcionado (Estándar 80%). Resultados 1º semestre 93,55%, 2º semestre 85,71%.
-Limpieza y desinfección. Resultados por debajo de los límites establecidos (aerobios y enterobacterias) en superficies tras realización de L+D (Estándar 90%). Resultados. 1º semestre 85,96%, 2º semestre 89,26%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay que mejorar en el sistema de trazabilidad empleado.
Hay que hacer extensiva la formación a la mayoría de los trabajadores de cocina
Hay que mejorar en la comunicación de los objetivos y los resultados del seguimiento de los objetivos al personal de cocina. Se hace a través del grupo de mejora.
Hay que seguir mejorando en resultados microbiológicos de comidas con algún ingrediente no sometido a tratamiento térmico. Para ello se supervisarán los ingredientes/materias primas que componen dichos platos.
Hay que seguir mejorando en L+D de equipos y superficies supervisando el procedimiento aplicado.

7. OBSERVACIONES.
Aunque la mayor parte de la plantilla esta formada en materia de higiene alimentaria, habría que formarla también en materia de gestión de alérgenos (aproximadamente la mitad del personal esta formada en esta materia).
Capacitación/Cualificación de todo el personal que trabaja en cocina.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/60 ===== ***

Nº de registro: 0060

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA-COCINA Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

Autores:
PEREZ SALILLAS MARIA, VERA CEAMANOS MIGUEL, SEGURA AZNAR MARIA JESUS, MONCLUS ARRIETA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0060

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Hostelería-Cocina del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2014.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Hostelería- Cocina para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es mantener la certificación ISO 9001 y emprender las recomendaciones de mejora y decisiones contempladas en la revisión por la dirección del sistema 2016

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener la certificación ISO 9001. Mayor rentabilidad, mejor productividad, motivación y compromiso por parte del personal.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Formación extensiva a la mayoría de los trabajadores de cocina. MVC, MPS.

Comunicación de los objetivos y los resultados del seguimiento de los objetivos al personal de cocina. MVC
Mejorar el sistema de trazabilidad: Incorporar etiquetas con código y pistolas de lectura para facilitar el proceso de trazabilidad de los alimentos, reduciendo la posibilidad de errores y facilitando la rapidez del proceso. MVC

Gestión de equipos: identificar todos los equipos (todavía queda algún equipo sin identificar). MJSA

INDICADORES

Cualificar al personal de cocina en materia de higiene alimentaria. 85% de personal que ha recibido formación en materia de higiene alimentaria en periodo inferior a 4 años. Periodicidad semestral

Mejorar los resultados microbiológicos en comidas no sometidas a tratamiento térmico. 80% de resultados por debajo de los límites establecidos (aerobios y enterobacterias) en comidas no sometidas a tratamiento térmico. Periodicidad trimestral.

Estandarizar el proceso de porcionado. 80% de piezas que cumplen el gramaje estipulado (+/- 15%) por la receta del total de piezas preparadas. Periodicidad semestral

Limpieza y desinfección. 90% de resultados por debajo de los límites establecidos (aerobios y enterobacterias) en superficies tras realización de L+D. Periodicidad semestral

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017

Revision por la Direccion: Abril 2017

Auditoria Externa: mayo/junio 2017

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

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

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Mayo-Septiembre 2017

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Junio 2016

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0060

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0002

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO LOPEZ MERCADER
· Profesión INGENIERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERON ARBELOA CARLOS
GIMENEZ GIL RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha desarrollado un complejo software que se conecta al sistema de laboratorio y solicita para una paciente dado los valores de analíticas que necesita, siempre que los resultados esten validados. Los resultados se integran en el programa de nutrición evitando trabajo a los facultativos y minimizando los errores de transcripción (antes lo realizaban a mano).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han obtenido las ventajas asociadas al uso de programas informáticos, descritas en la literatura, como son el ahorro de tiempo, la disminución de errores debidos al cálculo de requerimientos, volúmenes, velocidades de infusión, transcripción de órdenes, etc. Se ha conseguido validar la aplicación para su utilización en la clínica, demostrando que: el calculo de requerimientos calóricos se ajusta a las recomendaciones más habituales de la literatura y constituye alrededor del 90% de la medición calorimétrica en pacientes críticos. el cálculo y la recomendación de nitrógeno a aportar son adecuados, discretamente positiva en grados de estrés bajos, equilibrada en grados medios y negativa en altos el cálculo de los requerimientos calóricos y de nitrógeno es muy cercano a las recomendaciones de expertos en soporte nutricional la recomendación nutricional final en forma de productos comerciales, se acerca al cálculo de los requerimientos y

los resultados nutricionales obtenidos con el uso de la aplicación informática en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, son adecuados, demostrando además que un mayor aporte de nitrógeno no consigue mejorarlos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido diseñar un programa de uso sencillo, mediante el cual se ha realizado la nutrición de todos los pacientes que la precisaban, siendo utilizada por la practica totalidad de los médicos que han trabajado en nuestra Unidad de Medicina Intensiva, durante el periodo de estudio. Mediante el uso del programa se ha conseguido individualizar de una forma protocolizada y dinámica, las recomendaciones nutricionales, en dependencia fundamentalmente, del grado de estrés del paciente. La aplicación sigue las recomendaciones de la literatura en cuanto al proceso necesario para establecer una terapéutica nutricional: valoración y diagnóstico del estado nutricional, cálculo de los requerimientos calóricos y nitrogenados, elección de la vía de administración, elección del producto enteral o mezcla a administrar en parenteral, calculo de la velocidad de administración del producto enteral o de la infusión parenteral y escribir claramente las instrucciones a enfermería en cuanto a la forma de administración y progresión de las mezclas o productos, los controles a realizar y las medidas a tomar en caso de complicaciones

7. OBSERVACIONES.

El equipo de nutrición de la UCI ha quedado muy contento con la mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/2 ===== ***

Nº de registro: 0002

Título
INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Autores:
LOPEZ MERCADER ANTONIO, SERON ARBELOA CARLOS, GIMENEZ GIL RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0002

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente se introducen a mano los datos de las analíticas en el programa de nutrición artificial. Tarea laboriosa que requiere tiempo y es propensa a errores. Esos datos son usados posteriormente para formulas, indicadores y recomendaciones por lo que es muy importante que sean correctos.

RESULTADOS ESPERADOS

Se trata de modificar el programa para que puede leer de la base de datos de laboratorio los datos de las últimas analíticas y poder incorporarlas con un solo click de ratón.

MÉTODO

Hay que desarrollar software para poder leer de laboratorio e integrarlo en el programa de nutrición.

INDICADORES

1 - Número de pacientes tratados.

2 - Número de analíticas capturadas e incorporadas.

Se leeran todos de la base de datos y se les hará un seguimiento.

DURACIÓN

Se prevé una duración de dos meses, desde inicio de Septiembre hasta fin de Octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1457

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN EL SERVICIO DE MICRO BIOLOGIA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE SANDRA DUEÑAS JOLLARD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERREN MARCO NOELIA
FUERTES GARCES PAULA
EZPELETA ASCASO IGNACIO
CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE
IGUACEL ACIN MARIA TERESA
LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de reconocimientos médicos de marzo a mayo 2017 mediante exploración física haciendo inca pie en el protocolo de exploración osteomuscular por riesgos osteomusculares y aparato respiratorio, neurológico, ocular y dermatológico por riesgos químicos.
Control tensión arterial, ECG, Espirometrías, audiometrías y analíticas.
Vacunaciones y pruebas de mantoux (TBC)
Derivación a especialistas en caso de patología si precisa así como radiologías y resonancia magnéticas.
Formación uso de EPIS y actuación ante un accidente laboral

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Participación de más de 90 % de la plantillas.

Hallazgos patológicos: IMC 12 % padece obesidad, 2 alteraciones ECG, 2 hipoacusias, 3 alteraciones en las espirometrías (leves obstrucciones respiratorias), 23 alteraciones dermatológicas, 13 alteraciones analíticas, 69 % presenta patología osteomuscular, 15 % ocular y 8% faríngea.

Personal no inmunizado que requiere vacunación: 2 hepatitis B, 1 Difteria -tétanos, 1 triple vírica y 19 vacunas Meningococo (bexsero)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

conclusión:

25 reconocimientos eran iniciales frente a 46 periódicos
69 eran APTOS y 1 apto con limitación y otro pendiente de estudio.

Recomendaciones:

Seguimiento de las patologías detectadas.
Completar la vacunación iniciada del Meningococo
Adoptar las medidas ergonómicas propuestas y medios para mejorar con el apoyo de una evaluación de riesgos del técnico de prevención.
Seguir realizando reconocimientos tanto periódicos como iniciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1457 ===== ***

Nº de registro: 1457

Título
VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

Autores:
DUEÑAS JOLLARD SANDRA, TERREN MARCO NOELIA, FUERTES GARCES PAULA, EZPELETA ASCASO IGNACIO, CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE, IGUACEL ACIN TERESA, LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN, GIL NAVARRO SABRINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1457

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN EL SERVICIO DE MICRO BIOLOGIA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: osteomuscular
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Cumplir con el art 22 de la LPRL realizando los controles de salud de los trabajadores en el Servicio de Microbiología al detectarse la inexistencia de realización de una vigilancia de la salud periódica. La vigilancia de la salud nos va a permitir detectar los problemas de salud tanto a nivel colectivo como individual y planificar acciones preventivas estableciendo prioridades de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana de estudio es todo el servicio de microbiología en las diferentes categorías profesionales que se componen: Jefe de servicio, Jefe de sección, FEA microbiología, FEA farmacéutico, Farmacéutico interno residente, MIR, investigador, becario, supervisora de enfermería, enfermeas, TSDL, TCAE y auxiliares administrativos. El objetivo es actuar en los 3 niveles de prevención con el fin de analizar el estado de salud y poder establecer prioridades en la actuación en materia de prevención de riesgos laborales.

MÉTODO

Realización de exámenes de salud
Actuaciones urgentes: Difusión de la actuación ante un accidente laboral biológico
Promoción de la salud: vacunación
Asesoramiento sanitario
Consejos sanitarios

INDICADORES

Participación superior al 70% de la plantilla
Exámenes de salud específicos donde se registra y analiza los resultados de las diferentes exploraciones y pruebas complementarias realizadas

DURACIÓN

cronograma:
Inicio de reconocimientos médicos desde marzo 2017 a mayo 2017.
Explotación de los datos a los largo de junio, julio y agosto.
Finalización en septiembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0020

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL OSTABAL ARTIGAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ HERRERO MARIA PILAR
ARANDA MOLINOS OLGA MARIA
ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL
YARZA ALONSO MARIA ANTONIA
ESCUSA VICENE ANA MARIA
ANDRES CASTELL NOELIA
DE TORRES AURED MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

2015 se detectó el problema, cuantificándose que el 75% de las personas desconocía como alimentar a una persona con una ostomía. El 89% no sabía realmente como hacer y que era una dieta baja en residuos. Y de la personas encuestadas ninguna sabía los alimentos que producen olores desagradables y cuales los amortiguan, ni como tratar los problemas nutricionales de la ostomía.

Desde Enero del 2016 se recogieron y siguieron aquellos pacientes ostomizados de forma urgente y que ingresaron en Uci, y antes de ser egresados de la Unidad se les realizó una charla informal al cuidador principal para informarle y darle recomendaciones nutricionales para la fase más aguda del proceso, las primeras 6-8 semanas. Durante 2016 ingresaron en la Uci polivalente 405 pacientes, de los cuales 87 tenían algún tipo de ostomía. De estos 87 pacientes a 62 se le realizó la ostomía por proceso agudo que motivo su ingreso en Uci, el resto ya eran portadores de la misma a su ingreso en Uci.

Nuestro cometido era dar recomendaciones e información nutricional a todos aquellos pacientes que se enfrentaban de forma aguda al proceso, para lo cual se identificó a la persona que convivía con ellos y que lo cuidarían en el postoperatorio inmediato. De los 62 pacientes se seleccionaron solo 38 a los que se les dio la información nutricional. En el resto de los casos no se hizo porque eran pacientes que APACHEII>15, intubados, con nutrición enteral artificial o parenteral y con larga estancia en UCI, con lo cual en aquellos casos en que se consiguió egresarlos a planta ya habían pasado las 6-8 semanas en las que los cuidados nutricionales son más necesarios.

De los 38 pacientes seleccionados la edad media era de 75,2 años+/-12 con un rango entre 48 y 84 años. A 12 de estos enfermos se les hizo ileostomía y al resto colostomía. De forma inicial se le preguntó al propio enfermo y/o a su cuidador principal, si sabían lo que era una dieta baja en residuos y si se sentían capacitados para el manejo nutricional adecuado en la situación actual a la que se tenían que enfrentar al llegar a casa. De las 38 personas 35 se manifestaron muy ansiosas y con gran desconocimiento ante la nueva situación y dijeron que no se sentían capacitados sino se les informaba para manejar la situación, el resto habían tenido experiencias familiares previas y en 1 caso la hija estaba estudiando dietética y nutrición.

Se realizó una charla informal en el despacho de información a 21 de las 38 personas seleccionadas. Esta charla se hacía 2 ó 3 días antes de que se previera el alta. En el resto de los casos, no se hizo por motivos logísticos que lo imposibilitaron, en 7 casos no acudió ningún familiar y el paciente no tenía suficiente capacidad como para asimilar la información y en el resto de los casos el egreso se hizo en fin de semana y sin previo aviso.

En dicha charla se les dejó patente que si bien transcurridas 6-8 semanas, podrían realizar una dieta prácticamente normal aunque deberían ir reintroduciendo poco a poco los alimentos, en las primeras 6-8 semanas deberían hacer una dieta pobre en grasas y pobre en fibra insoluble, así como hacer muchas comidas y de poca cantidad (se les informó sobre la necesidad de hacer unas 5 comidas al día como mínimo). Se hizo hincapié sobre la importancia de no mezclar los líquidos con los sólidos, tomando los líquidos por lo menos 30 minutos después de los sólidos sobre todo en aquellos pacientes que portaban ileostomía. Se les avisó que un 10% por los pacientes pueden tener graves problemas por la dieta debido a su estoma incluso obstruirse éste, en caso de no alimentarse de forma adecuada.

Los objetivos de las recomendaciones dietéticas que nos propusimos fue:

- Evitar la obstrucción del ostoma.
- Contribuir a la cicatrización de la herida del mismo.
- Disminuir la producción de gases, evitando alimentos que producen flatulencias.
- Como evitar los olores desagradables
- Como evitar el estreñimiento
- Como evitar diarreas, deshidrataciones y alteraciones iónicas.
- Como identificar al cuidador y el paciente problemas derivados de su nueva condición y solucionables modificando la dieta.
- Aprender a elaborar de forma individualizada en sus domicilios un menú del gusto del enfermo y que se adaptase a sus condiciones y que cubriese sus requerimientos calóricos y proteicos. Se les informó sobre maneras de enriquecer los alimentos, para su densidad calórica y valor proteico fueran altos con poco volumen.
- Se les informó sobre la importancia de una buena ingesta proteica y ante inapetencia optar por la toma del segundo plato.
- Se incidió sobre la necesidad de la deambulación para un buen movimiento de las asas intestinales.
- También se les hizo especial hincapié sobre la forma de comer: despacio, masticando bien, sentado y recto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0020

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

en silla, con la boca cerrada para no deglutir excesivo aire.

Se les avisó aquellos pacientes que portaban ileostomía que deberían ingerir de 500-700cc de líquidos más, para evitar la deshidratación y a evitar bebidas hipotónicas o reducir las a menos de 200cc al día para evitar una excesiva pérdida de iones por las heces (té, café). También se les avisó que deberían realizarse controles analíticos para asegurarse que sus niveles de hierro, ácido fólico y electrolitos entre otros estaban en rangos normales.

Se les dio información sobre alimentos bajos en residuos y aquellos que deberían evitar en la fase aguda de su proceso (primeras 6-8 semanas). Se les instruyó sobre formas de cocción, volumen y enriquecimiento de los alimentos en aquellos casos en que el paciente estaba en riesgo de desnutrición. Se les aconsejó en aquellos pacientes en que la leche no sentaba bien por alteración de la lactasa intestinal, suspender su consumo u optar por una leche sin lactosa, yogurth natural o queso de burgos, el queso curado además de ser rico en calcio, les podría ayudar en caso de heces demasiado líquidas.

Se les informó sobre la incorporación de alimentos como la pasta, el arroz, el pan blanco, ricos en almidón para aumentar la consistencia de las heces.

Se les alertó de evitar en la fase aguda los pescados azules por ser más ricos en grasas poliinsaturadas y tomar pescados blancos como la merluza y carnes blancas de pollo, pavo o conejo, fundamentalmente.

Se le dio la lista de alimentos que si los tomaban tuvieran en cuenta que en cantidades importantes podrían producir mal olor o flatulencia y como conseguir reducir los malos olores con otros alimentos (se les dio información escrita con la lista de productos y cada caso).

También se les alertó que en aquellos casos en que una vez en su casa tuvieran diarreas, que las identificarían con contenido por la ostomía >1000-2000cc al día, deberían hacer una dieta astringente, hidratarse con soluciones isotónicas y acudir a su centro de salud en caso que el problema se prolongase durante más de 2 días. En caso de estreñimiento se aumentará el aporte de líquidos y fibra soluble, recurriendo a medicamentos en caso de que su médico así lo aconsejara.

Una vez terminada la charla informal y con toda la información que le habíamos aportado se le pidió al cuidador, que teniendo en cuenta los gustos del paciente, nos relatase un menú diario completo que le haría una estuvieran en casa. Sobre este menú se les informó la manera en que podían enriquecerlo en aquellos casos de riesgo de desnutrición. Finalizada la charla se les preguntó si la información aportada les había sido de utilidad y si su nivel de ansiedad y preocupación ante la nueva situación había disminuido, afirmando todos ellos que sí a ambas preguntas.

Se les advirtió que la información que se les daba era individualizada y que servía para su caso concreto, pero que el aporte nutricional de un paciente que es ostomizado se hará de acuerdo a su condición clínica, conociendo el segmento que le han resecado y que tanto se ha adaptado al estoma en el momento de la valoración clínica, con lo cual no pueden utilizar esa información para otra persona que conozcan y que haya sido también sometida a un tipo de intervención quirúrgica similar.

En aquellos casos, en que el paciente estaba desnutrido o con un IMC < 20,5 al ser egresados de UCI o estaba sarcopénico, se hizo hoja de colaboración para que fuera revisado y seguido por la Unidad de Nutrición, esto fue necesario en 3 casos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De todos los pacientes que podrían formar parte de nuestro proyecto (38 personas), conseguimos cumplir con las charlas y la educación nutricional de la forma que nos habíamos propuesto en 21 pacientes. Detectamos que el ser portador de una ostomía de forma inesperada produce ansiedad y confesaron no tener ningún conocimiento de como manejar nutricionalmente la situación en 35 de las 38 personas, las personas que fueron educadas e informadas (21) manifestaron que una vez han recibido información se sienten más seguros para afrontar la situación. Y confiesan que previamente desconocían la información que se les ha dado. El identificar a los pacientes con ostomía nos permitió detectar a 3 con riesgo de desnutrición al alta de UCI y se solicitó colaboración de la Unidad de Nutrición

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos hemos dado cuenta que damos por sabidas cosas que realmente las personas de la calle desconocen y que conllevan luego graves problemas sanitarios. Por ejemplo los pacientes son dados de alta del hospital con un informe que pone "seguirá dieta pobre en residuos", pero cuando se interroga a las personas, la mayoría desconocen que alimentos deben evitar y cuales consumir. Tampoco saben que alimentos pueden producir diarrea, estreñimiento, flatulencias, olores desagradables o amortiguar estos. Y todas estas cosas son importantes para la calidad de vida y seguridad del paciente ostomizado una vez es egresado del hospital.

Por otra parte muchos pacientes por no saber como alimentarse ni como enriquecer los alimentos que toman, caen en riesgo de desnutrición o sufren desnutrición, factor todavía más agravante cuando son personas que en un alto porcentaje van a ser sometidas a tratamientos posteriores de quimioterapia y/o radioterapia.

Se deberían hacer charlas grupales de forma periodica por personal instruido para mejorar la calidad de vida y el estado nutricional de este tipo de enfermos.

Sería también interesante contar con material didáctico, de buena calidad, como panfletos de fácil lectura o interpretación para ayudar a estas personas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/20 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0020

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

Nº de registro: 0020

Título
EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

Autores:
OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL, LOPEZ HERRERO MARIA PILAR, ARANDA MOLINOS OLGA MARIA, ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL, YARZA ALONSO MARIA ANTONIA, ESCUSA VICENTE ANA MARIA, ANDRES CASTELL NOELIA, LA TORRE AURED MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Muchos de los pacientes que ingresan en la UCi polivalente salen con una ostomía (ileostomía, colostomía o urostomía), sin estar preparados para ello y suponiendo tras el alta hospitalaria una merma de su autoestima, de su calidad de vida, de sus relaciones sociales, e incluso de su salud física, si no son debidamente preparados para enfrentarse a su nueva situación. Muchos de estos pacientes salen del hospital con un informe de alta en el que pone simplemente Seguir Dieta Pobre en Residuos, pero hemos detectado que estas personas desconocen que es una dieta pobre en residuos y que alimentos les pueden ayudar a mejorar su calidad de vida: Cuales producen gases, olores, aumentan las deposiciones, obstruyen el estoma, cambian el color de las heces, ayudan a controlar el olor de las mismas, alivian el estreñimiento o controlan la diarrea. Ello se traduce en déficit nutricionales y pérdidas de masa grasa y magra, que los puede convertir en personas frágiles, que no van a poder sobrellevar futuros y probables tratamientos quimioterapicos sin problemas. Pensamos que durante el paso en la UCi, el paciente y/o cuidador esta más asertivo a recibir y procesar la información

RESULTADOS ESPERADOS
-Esperamos que todos nuestros enfermos salgan de su paso por la UCi, conociendo ellos y/o sus cuidadores qué es una dieta pobre en residuos, cómo tienen que ir introduciendo los alimentos y qué alimentos pueden ayudarles a solventar o sobrellevar su nueva situación.
- Todos los pacientes saldrán con una charla informal sobre el tema así como una tabla sencilla en la que se reflejen los efectos que cada alimento puede tener sobre su nueva situación.

MÉTODO
Cuando un paciente al que se le haya realizado una ostomía, vaya a ser dado de alta de UCi, se le explicará por un miembro del grupo de mejora de forma informal, como tiene que comer, qué comer, y que hacer cuando surjan diarreas o esté estreñido. También se le dará una tabla de referencia de alimentos para ostomizados. En la que se reflejen: Los alimentos que producen gas, los alimentos que producen olor, los alimentos que aumentan las evacuaciones, los que pueden obstruir el estoma, los que producen cambios de color de las heces, los que ayudan a controlar el olor, los que alivian el estreñimiento y los que ayudan a controlar la diarrea.
Los pacientes que salgan ya con un IMC bajo o que se prevea una gran pérdida de peso, por su situación o mal control de la situación. Al alta de UCi saldrán con una hoja en la que se solicitará colaboración y seguimiento de los mismos a la Unidad de Nutrición

INDICADORES
- nº de pacientes con colostomías que reciben información nutricional durante su paso por la UCi / nº total de pacientes con colostomía

-% de pacientes que salen con un IMC <20%, gran sarcopenia o inapetencia tras una ostomía / % de pacientes ostomizados.

DURACIÓN
Se lleva trabajando con el tema durante 5 meses y se espera perfilar durante el primer año la situación y el beneficio de estas medidas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0020

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONINA KLIMENKO KLIMENKO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL BERNAL MARIA DOLORES
MARTINEZ SORIANO CARMEN
JOVEN CASAUCAU ELVIRA
ORIHUELA MARIN ANA BELEN
VILLABONA RESANO MARIA JULIA
GARCIA LABORDA CRISTINA
OLMOS PEREZ FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Proyecto de Mejora fue ideado con el propósito de facilitar al personal de nueva incorporación una formación básica sobre el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio cardíaco, características y necesidades del paciente en el postoperatorio, así como el material y técnicas usados durante el proceso de cuidados.

El Proyecto de Mejora inicialmente se componía de 3 actividades

1. Impartición de Jornada de acogida del personal de nueva incorporación a la Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardíaco
2. Elaboración de Guía de consulta rápida de material para las técnicas en UCI
3. Elaboración de Guía de consulta rápida de cuidados de Enfermería en UCI.

Durante la elaboración de las Guías se planteó la conveniencia de sustituir la Guía de Cuidados de Enfermería por la Guía de Medicación en UCI, pues en aquel momento suponía más urgencia y relevancia para la Unidad la presencia de un documento que recoja la información necesaria sobre la medicación utilizada en UCI para ofrecer la mayor seguridad posible durante su administración al paciente; y los cuidados de Enfermería se explicarían igualmente en la Jornada de Acogida y Formación. De esta manera, se realizaron siguientes actividades:

1. Elaboración de Guía de consulta rápida del material en UCI de Postoperatorio Cardíaco
2. Elaboración de Guía de consulta rápida de medicación en UCI de Postoperatorio Cardíaco
3. Impartición de Jornada de Acogida y Formación del personal de enfermería y auxiliar de enfermería a la UCI de Postoperatorio Cardíaco.

Cada una de las actividades se planteó con unos objetivos específicos y se llevó a cabo cumpliendo con cada uno de ellos. A continuación se describen las tres.

1. JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACIÓN.

Se realizó con el objetivo de reducir el estrés del personal, inherente a la incorporación a un nuevo puesto de trabajo, dando a conocer la estructura funcional de UCI, necesidades del paciente y formando al personal en los cuidados de paciente en UCI para facilitar la continuidad de cuidados.

Para la realización de esta Jornada se tuvo que modificar el calendario previsto en cuanto a las fechas, pues dependían de las fechas de contratación del personal; sin embargo se mantuvo la cantidad prevista de sesiones.

En las sesiones de la Jornada se impartieron siguientes temas:

- Organización y estructura de una Unidad de Cuidados Intensivos. Competencias y tareas del personal de Enfermería y Auxiliar de Enfermería
- Fisiopatología cardíaca. Cirugía Cardíaca.
- Postoperatorio Cardíaco inmediato: concepto y Cuidados de Enfermería
- Medicación específica en Unidad de Cuidados Intensivos. Drogas vasoactivas. Preparación y uso. Efectos secundarios
- Material y técnicas específicas de Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardíaco.
- Preparación del box. Limpieza del material
- Monitorización de constantes vitales del paciente
- Higiene y movilización del paciente
- Oxigenoterapia. Ventilación mecánica invasiva y no invasiva
- Manejo del material utilizado en Unidad de Cuidados Intensivos

En la impartición de la Jornada se utilizaron como apoyo las Guías de Material para las técnicas en UCI y la Guía de Medicación, descritas en siguientes apartados.

Esta parte de proyecto, al ser de carácter formativo, se evaluó mediante un cuestionario tipo test. Se realizaron la evaluación inicial y la evaluación final (los alumnos respondieron a las mismas preguntas al principio de la jornada y al final de la jornada). De esta forma se pudo comprobar los conocimientos adquiridos durante la misma. El cuestionario consta de preguntas sobre los cuidados del paciente tras la cirugía cardíaca; en la evaluación inicial se obtuvo un 50% de aciertos y en la final un 98%. El cuestionario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

se adjunta en el ANEXO I

Personal implicado en la impartición de la Jornada

- Jefe de Unidad Dr. Francisco Olmos Pérez
- Supervisora de Unidad Julia Villabona Resano
- Enfermeras: Antonina Klimenko

Elvira Joven

- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE):

M^a Dolores Gil Bernal

Carmen Martínez Soriano

Ana Belén Orihuela Marín

Materiales:

- Guía de consulta rápida de material (elaboración propia). Se describe a continuación
- Guía de consulta rápida de medicación (elaboración propia). Se describe a continuación.
- Material de muestra específico de UCI
- Presentación de diapositivas

2. Elaboración de GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA DE MATERIAL PARA LAS TÉCNICAS EN UCI.

El propósito de la guía fue reunir en un documento impreso el material necesario para realizar todas las técnicas específicas en UCI. Para la realización de estas técnicas normalmente se necesita colaboración de varios profesionales y la mayoría de ellas se realizan con cierta urgencia, por lo tanto consideramos muy necesario tener disponible en la Unidad un manual de este formato para poder consultarlo con rapidez y que pueda estar disponible para cualquiera de los profesionales implicados.

La guía consta de 41 páginas. Cada página se compone de la fotografía del material necesario para cada técnica que se realiza en la UCI de Postoperatorio Cardíaco y de descripción del material para cada una de ellas.

La Guía reúne siguientes características:

- Completa. Reúne todas las técnicas específicas realizadas en Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardíaco y todo el material necesario para su realización.
- Útil para todos los profesionales de UCI, si bien es cierto que la preparación del material es competencia de TCAE, en momentos de urgencia o emergencia, cualquier profesional puede consultarla y reunir el material necesario para la técnica correspondiente.
- Organización lógica. Consta de 2 partes: técnicas relacionadas con el soporte respiratorio y técnicas relacionadas con el soporte circulatorio. Cada página de la guía corresponde a una técnica.
- Visual. Todas las páginas de la guía, y por consiguiente, todas las técnicas, constan de las fotografías del material necesario, para así facilitar su reconocimiento. También se incluye su descripción.
- Fácil mantenimiento. Todas sus páginas están plastificadas, permitiendo desplazar la guía a distintos lugares de la Unidad para reunir el material necesario sin que se manchen las hojas o se deterioren.
- Fácil actualización. La guía consta de páginas "sueltas" plastificadas, unidas mediante anillas. De esta manera se puede actualizar las páginas por separado, aplicando las modificaciones pertinentes y ajustando el contenido de acuerdo con las actualizaciones.

Se inició su elaboración en diciembre de 2016 y se finalizó en junio de 2017, cumpliendo con el plazo previsto. A partir de esta fecha la guía está disponible en el control de Enfermería de la Unidad para su uso y se informa a todo el personal nuevo de su existencia y uso.

Participaron en su elaboración:

M^a Dolores Gil Bernal, TCAE

Carmen Martínez Soriano, TCAE

Antonina Klimenko, enfermera

Dra. Cristina García Laborda, médico Intensivista.

Recursos materiales:

- Fotografías del material y su descripción
- Impresión en color de la Guía (41 páginas)
- Plastificado de las páginas

Se adjuntan las imágenes de la Guía en el ANEXO II

3. Elaboración de GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA DE MEDICACIÓN EN UCI DE POSTOPERATORIO CARDIACO.

Esta guía se elaboró para el personal de Enfermería de nueva incorporación con el propósito de facilitar el manejo de la medicación más utilizada en la UCI. La disponibilidad de un documento de este formato facilita al personal de enfermería la preparación, manejo y administración de perfusiones continuas de drogas vasoactivas, sedantes, analgésicos, antiaritmicos, etc., así como la vigilancia de aparición de efectos secundarios después de su administración al paciente tras la cirugía cardíaca.

La guía consta de 6 hojas; su contenido (los 40 fármacos más utilizados en UCI) se presenta en forma de tabla e incluye:

- Nombre genérico y comercial del medicamento
- Grupo al que pertenece
- Acción y uso
- Preparación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

- Vía y modo de administración (bolo, perfusión continua, etc.)
- Efectos secundarios frecuentes y relevantes.

Igual que la Guía de Material, la Guía de Medicación es visual, de fácil uso, mantenimiento y actualización. Se encuentra disponible en el control de Enfermería y se informa de su existencia a todo el personal nuevo de la Unidad. Se elaboró entre diciembre de 2016 y junio de 2017, cumpliendo con los plazos previstos. Ambas guías también se usaron como material de apoyo en la impartición de Jornada de Acogida y Formación, descrita en el punto 1 de presente apartado.

En su elaboración participaron:

Elvira Joven Casaucau, enfermera
Antonina Klimenko, enfermera
Cristina García Laborda, médico intensivista.

Recursos materiales:

- Fotocopias en color
- Plastificado de las páginas.

Se adjuntan las imágenes de la guía en el ANEXO III

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para la realización de este Proyecto se marcó el indicador N° 120 Formación continuada con estándar =75%; y el indicador n° 112 Plan de acogida y formación, estándar 100%, según los Indicadores de Calidad en el enfermo crítico, disponibles en SEMICYUC.

El control del cumplimiento de los estándares se realizó mediante la hoja de firmas de los participantes en la Jornada de Acogida y Formación.

Ambos estándares se alcanzaron en su totalidad. Se dispone de la documentación pertinente en la Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardíaco

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la evaluación interna del Proyecto de Mejora, el equipo formuló siguientes conclusiones:

El contenido formativo, así como la duración de la actividad (4 horas) fueron suficientes para la actualización de conocimientos para el personal que estuvo trabajando previamente en alguna Unidad de Cuidados Intensivos o tuvo algún contacto con la Unidad durante las estancias clínicas (en los casos de personal contratado para la sustitución en periodo vacacional tras terminar la formación de Enfermería). Sin embargo, para el personal que nunca estuvo trabajando y no tuvo ningún contacto con UCI, la Jornada sirvió para un primer contacto y una visión global sobre la UCI, características del paciente crítico durante el postoperatorio cardíaco, pero no fue suficiente para que un profesional sin ninguna experiencia previa pudiera desarrollar su labor de manera autónoma, sin depender de otros profesionales para la realización de los cuidados de paciente en UCI. Para tal fin es necesaria una formación más amplia, tanto teórica como práctica. Tanto los profesionales implicados en la organización de la Jornada, como los participantes, destacamos la conveniencia de seguir organizando jornadas formativas relacionadas con la atención al paciente en UCI de Postoperatorio Cardíaco, adaptándolas a las necesidades del personal. Estas conclusiones se obtuvieron tras el análisis de la encuesta elaborada para los participantes de dicho evento, disponible en la UCI para su comprobación.

En cuanto a las Guías, su elaboración fue y sigue siendo de gran utilidad para el personal de UCI, además sirvieron como punto de partida para otras iniciativas y elaboración de otros documentos.

7. OBSERVACIONES.

Sin observaciones de interés.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/446 ===== ***

N° de registro: 0446

Título
JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

Autores:
KLIMENKO KLIMENKO ANTONINA, JOVEN CASAUCAU ELVIRA, ORIHUELA MARIN ANA BELEN, GIL BERNAL MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente crítico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La creación de este proyecto parte de la necesidad de formación del personal de enfermería y de auxiliares de enfermería de nueva incorporación a la Unidad de Cuidados Intensivos. Según las encuestas realizadas al personal de la unidad, el 80% del personal no ha tenido la formación previa relacionada con las técnicas específicas realizadas en una Unidad de Cuidados Intensivos, cuidados de enfermería al paciente crítico, material utilizado y técnicas realizadas en la Unidad, así como cuidados de enfermería al paciente en tratamiento con diversas drogas específicas de UCI.

En primer lugar, la incorporación al nuevo puesto de trabajo, crea a todo el personal un estrés que en muchas ocasiones impide desarrollar la labor profesional en unas condiciones emocionales óptimas. Cabe mencionar que en las Unidades de Cuidados Intensivos los pacientes se encuentran en un estado crítico, precisando ser atendido por el personal emocionalmente competente, así que este Proyecto de Formación pretende reducir el estrés de los profesionales de nueva incorporación.

En segundo lugar, en la Unidad de Cuidados Intensivos se realizan diferentes técnicas y procedimientos específicos que requieren el conocimiento correcto del material utilizado y conocimientos sobre el manejo de drogas utilizadas para atender las necesidades del paciente de una manera óptima y colaborar con el equipo médico eficientemente.

En una Unidad de Cuidados Intensivos la labor profesional se desarrolla en equipo, precisando ofrecer a los enfermos una asistencia sanitaria de calidad y de una manera segura. En la UCI de postoperatorio cardiaco se realizó un estudio sobre los eventos adversos, poniéndose de manifiesto que un 40% de ellos se podrían evitar con una mayor formación del personal sanitario.

De esta manera, en la guía de calidad de SEMICYUC, el indicador de calidad nº 112 refiere al Plan de Acogida al profesional del servicio de Medicina Intensiva, justificando que los "profesionales que se integran en un Servicio de Medicina Intensiva, bien sea de manera fija o bien sea de manera eventual, con cualquier tipo de contrato sentirían un mayor reconocimiento si conocieran el Servicio como organización desde el primer día de pertenencia. Además, pueden mejorar la seguridad al informar sobre ciertos aspectos específicos de este ámbito".

Este Proyecto pretende establecer una Jornada de Acogida al personal de nueva incorporación para ofrecer la información sobre los siguientes aspectos:

1. Misión, visión y valores de la Unidad de Cuidados Intensivos
2. Miembros de la Unidad, responsabilidades y atributos
3. Características del paciente de Unidad de Cuidados Intensivos
4. Técnicas y procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos
5. Material específico de la Unidad de Cuidados Intensivos
6. Cuidados de Enfermería al paciente crítico

Además, la elaboración del Plan de Acogida puede repercutir en la disminución de eventos adversos relacionados con una importante mortalidad, morbilidad, incremento de las estancias y consumo de recursos y repercute en la satisfacción de enfermos y familiares.

Otro propósito del Proyecto es potenciar la formación continuada, ya que es un elemento esencial para el desempeño correcto y efectivo de un ejercicio profesional de calidad. Constituye una herramienta para la mejora de satisfacción profesional.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reducir el estrés del personal de enfermería y auxiliar de enfermería relacionado con la incorporación a un nuevo puesto de trabajo en una UCI.
2. Proporcionar la información y formación necesaria sobre el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos.
3. Proporcionar la información y formación sobre los cuidados de enfermería al paciente crítico
4. Proporcionar la continuidad de cuidados al paciente crítico mediante la formación específica sobre el material y técnicas de enfermería en una UCI.

MÉTODO

1. Organización de Jornada de Bienvenida al personal de nueva incorporación para explicar el funcionamiento de la Unidad y características específicas de los pacientes. Responsable Antonina Klimenko, colabora Supervisora de la Unidad y el Jefe del Servicio.

2. Elaboración y presentación de la guía práctica de cuidados de enfermería de la UCI. Responsable Elvira Joven Casaucau

3. Elaboración y presentación de la guía práctica del material específico de UCI. Responsables María Dolores Gil Bernal y Carmen Martínez

INDICADORES

Guía de indicadores de calidad de Semicyuc

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

Indicador nº 112 PLAN DE ACOGIDA (PA) AL PROFESIONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
Indicador nº 120 FORMACIÓN CONTINUADA

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Noviembre 2016
Finalización del Proyecto Diciembre 2016

Actividades:

Jornada de Acogida y formación:

Noviembre del 2016
Diciembre del 2016
Junio del 2017
Julio del 2017
Noviembre del 2017
Diciembre del 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0985

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 07/05/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO TEJADA ARTIGAS
· Profesión MEDICO/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 BELEN
LAVIÑA LARDIES BEATRIZ
GOMEZ MAYOR BLANCA DELIA
MILLAN LOPEZ ANA
LOREN MARTINEZ JUAN CARLOS
MARTINEZ ARROYO INES
REQUENA TABAR MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Durante este año se ha procedido a:
o Corrección de No conformidades relacionadas con la auditoria Interna y Externa . Desarrollo de la No conformidad (20 9 2017 Informe_no_conformidad IMPLANTACION DEL SISTEMA ISO 2017 DOCUMENTACION)
o Elaboración y desarrollo de IT sobre Traslado Intrahospitalario así como de los formularios relacionados. Se crea el F63 Z2(E)M UT CHESK LIST TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO, IT67 Z2(E)M UT- TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO y el f F70 Z2(E)M UT REGISTRO EFECTOS ADVERSOS EN TRASLADOS dirigido a controlar y mejorar y cuantificar el traslado intrahospitalario. Hasta la fecha se han registrado 33 eventos de 292 traslados (abril 2017-mayo 2018)
o Cumplimentación y desarrollo de los registros necesarios. Documento: 1R15 UT LISTADO DE REGISTROS
o Elaboración hasta un total de 31 no conformidades (abiertas y cerradas): R10 UT LISTADO DE INCIDENCIAS ISO UCI CRTQ
o Elaboración y desarrollo de las IT relacionadas con el control de los dispositivos estratégicos de la Unidad (carros de parada, desfibriladores, maletín de traslados...) así como de los formularios necesarios. F60 Z2(E)M UT Control de MALETIN DE TRASLADO RCP; F71 Z2(E)M UT CONTROL CADUCIDADES CARRO DE PARADAS; F72 Z2(E)M UT CHECK-LIST CONTENIDO DE CADA CARRO DE PARADAS; F73 Z2(E)M UT REVISION MENSUAL DE CARRO DE PARADAS; IT65 Z2(E)M UT CONTROL MANTENIMIENTO MALETIN TRASLADO; IT68 Z2(E)M UT CONTROL ESTADO DE LA SALA 8H; IT69 Z2(E)M UT CONTROL DE CARRO DE PARADAS CRTQ. Pendiente de aprobación y aplicación en reunión del Grupo de Mejora el próximo día 3/5/2018.
o Implicación en la prevención de infecciones y colonización/infección por bacterias resistentes Durante este año se ha trabajado además con un registro propio F61 Z2(E)M UT INFECCIONES UCI TRAUMA además del formulario de las actas de reuniones con Microbiología- Medicina Preventiva F58 Z2(E)M UT ACTA DE SESION OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO MEDICINA PREVENTIVA FARMACIA MICROBIOLOGIA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este año se ha procedido a reanfiar el modelo ISO, como modelo de gestión y de Calidad en la Unidad. Este modelo ha servido de estructura para avanzar en el campo de la seguridad y en la prevención y control de infecciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente afianzar los pasos conseguidos en los años anteriores,
Queda por afianzar el sistema de Incidencias/No conformidades de la Unidad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/985 ===== ***

Nº de registro: 0985

Título
MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
TEJADA ARTIGAS ANTONIO, VICENTE DE VERA BELLOSTAS BELEN, LAVIÑA LARDIES BEATRIZ, GOMEZ MAYOR BLANCA DELIA, MILLAN LOPEZ ANA, LOREN MARTINEZ JUAN CARLOS, MARTINEZ ARROYO INES, REQUENA TABAR MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0985

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRITICOS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La UCI de Traumatología del HUMS se encuentra certificada con la norma ISO 9001 desde este año 2016. Es una de las pocas UCIs certificadas en España, y quizás la de mayor envergadura. A pesar de su trayectoria en Calidad, y de los requisitos cumplidos para su certificación, queda por adaptar su sistemática de trabajo y de mejora continua a la realidad diaria de la Unidad. Readaptando la documentación existente a la evolución de la asistencia y de sus problemáticas de calidad-seguridad.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del sistema, manteniendo abiertos todos los formularios y adaptando la documentación a la práctica clínica y de calidad en especial en lo referente al sistema de Incidencias/NO-conformidades

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la información del sistema de Gestión de Calidad para establecer la mejora continua a través del sistema ISO.
- Mantener vigentes y adaptados los documentos (documentación interna) realizando los cambios necesarios y registrando éstos. Salvaguardar las versiones antiguas de éstos.
- Desarrollar un sistema de formación continuada para todo el personal de la Unidad basado en las Instrucciones Técnicas y Procesos elaborados, en los resultados de los registros y de las líneas de calidad-seguridad que se elaboren
- Mantener activos todos los formularios existentes, registrando las variables de calidad y actividad más relevantes
- Mantener abierto y activo el sistema de registros de Incidencias- No conformidades
- Dar respuesta, en procedimiento, de las No-conformidades señaladas
- Cumplir con los objetivos de calidad propuestos para el año 2016-17, registrados en el formulario correspondiente

INDICADORES
- % de registros activos: nº registros actualizados / total de registros establecidos x 100 (estándar >80%)
- % de no-conformidades en trámite: nº no-conformidades en trámite / nº conformidades x 100 (estándar 90%)
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría Interna - Revisión por la Dirección - Auditoría externa.
Por otra parte el cumplimiento de esta línea está incluida en el Contrato de Gestión establecido por la Unidad con la Dirección del centro.

DURACIÓN
Auditoría Interna: Febrero / Abril 2017
Revisión por la Dirección: Abril del 2017
Auditoría Externa: Mayo / Junio del 2017
Seguimiento y evaluación de los objetivos planteados: cada 6 meses (diciembre 2016, junio 2017...)
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre del 2017 / Enero del 2018

OBSERVACIONES
Queda pendiente para los próximos años la adaptación de nuestro sistema a la norma ISO 9001:2015

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0997

1. TÍTULO

NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO LUIS RUIZ AGUILAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUERRERO TRENADO ELISA
CABELLO VERA MARIA CARMEN
GONZALEZ ALMARCEGUI IGNACIO
UTANDE VAZQUEZ MARIA ARANZAZU
LIPE CLARES BEGOÑA
CASALDUERO VIU JACOBO
BARCELO CASTELLO MIREIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se ha promocionado en la unidad/servicio la realización del curso básico de seguridad del paciente y manejo del programa SINASP en la propia plataforma online del sistema de notificación.
2. En varias ocasiones, en diferentes turnos de trabajo, se ha explicado el acceso y la fórmula de notificación a los trabajadores. Se ha favorecido esto creando accesos directos en los ordenadores de la unidad.
3. Se han ido realizando notificaciones por parte del personal. Durante el proceso, aunque se permitía/favorecía el anonimato del notificante, se ha solicitado ayuda por parte de algunos de ellos para realizar correctamente la notificación.
4. Por parte del grupo de seguridad/calidad del servicio se han hecho análisis de los eventos de forma agrupada, en particular los consistentes en caídas y autoextubaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El curso no ha sido realizado por la totalidad de los trabajadores pero ha tenido un mejor seguimiento por parte de enfermería que por médicos y auxiliares.
2. En general la adhesión al sistema de notificación es baja. Comparado con el sistema escrito resulta claramente inferior el número de notificaciones. La principal y más clara causa de esto es que el acceso a los ordenadores es algo más restringido y que la notificación requiere dedicar más tiempo porque son varios los campos a cumplimentar.
3. Desde enero 2016 a enero de 2018 se han notificado 153 incidentes/eventos. El 90% han sido notificados por enfermería. El mayor porcentaje de eventos han sido de baja gravedad.
4. No se ha alcanzado un número mayor de notificaciones con el sistema informatizado respecto al sistema tradicional en papel, siendo este uno de los objetivos/indicadores planteados en la línea de mejora.
5. Se han realizado 3 sesiones a lo largo del año para el análisis de los eventos, siendo dos de ellas sesiones para plantear el número y las diferentes categorías de los eventos notificados, y una de ellas para el estudio de las causas de la extubaciones no programadas y las caídas.
6. No se han llevado a cabo sesiones generales de servicio/unidad con acceso para la totalidad del personal. Tampoco se han emitido informes al personal sobre los resultados de la notificaciones durante el año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Será conveniente promocionar de forma más insistente la notificación así como la realización del curso de seguridad SINASP. Aunque no se consiga mayor participación en la notificación, al menos quedará en los trabajadores del servicio una mayor concienciación sobre la seguridad del paciente.
2. Se debería promocionar la seguridad del paciente en el servicio/unidad permitiendo una mayor dedicación al tema de los responsables, liberándoles de las actividades asistenciales habituales de forma ocasional.
3. Es conveniente el cierre del ciclo de mejora llevando a cabo la difusión de los resultados de la notificación, los análisis y las propuestas de mejora.
4. Promocionar la elaboración de programas de mejora de seguridad del paciente y grupos de trabajo sobre aspectos fundamentales de la seguridad entre los miembros del servicio (p.ej. control del delirium,...)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/997 ===== ***

Nº de registro: 0997

Título
NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0997

1. TÍTULO

NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:

RUIZ AGUILAR ANTONIO, GUERRERO TRENADO ELISA, CABELLO VERA MARIA CARMEN, GONZALEZ ARMACEGUI IGNACIO, UTANDE VAZQUEZ MARIA ARANZAZU, LIPE CLARES BEGOÑA, CASALDUERO VIU JACOBO, BARCELO CASTELLO MIREIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRITICOS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: SEGURIDAD

PROBLEMA

La UCI de Traumatología del HUMS había diseñado desde hace años un sistema propio de recogida y control de efectos adversos, que posteriormente se evaluaban dentro del Grupo de Mejora-Seguridad de la Unidad. Este sistema en muchos casos podía carecer del anonimato necesario, además de ofrecer cálculos muchas veces farragosos y siempre con resultados difíciles de sistematizar.

RESULTADOS ESPERADOS

Conversión del sistema tradicional de registro al sistema SiNASP, permitiendo un registro efectivo de eventos, el aprendizaje en seguridad y la aplicación de medidas correctoras.

MÉTODO

Se planifican las siguientes actividades:

- Realización del curso Seguridad del Paciente y Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). <https://www.sinasp.es/formacion/>
- Aprendizaje del sistema registro de incidentes
- Registro de estos.
- Evaluación por parte del responsable del sistema de los eventos ocurridos
- Propuesta de la líneas de mejora y aplicación de medidas correctivas a través del Grupo de Mejora-Seguridad, y de los responsables de la Unidad

INDICADORES

- N° notificaciones por el Sistema caciones SiNASP/ n° notificaciones registradas por el sistema de encuestas tradicional >1
- Sesiones en grupo de Mejora-Seguridad de la unidad con discusión, análisis y documentación de un efecto adverso o incidente notificado > 3/año.

DURACIÓN

Seguimiento y evaluación de los objetivos planteados: cada 6 meses (diciembre 2016, junio 2017...)
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre del 2017 / Enero del 2018

OBSERVACIONES

Quedan implicadas igualmente todos los componentes del Grupo de Mejora - Seguridad del Paciente así como los responsables de la Unidad.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1305

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 21/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO TOMAS MARSILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOMBARTE ESPINOSA EVELYN
GURPEGUI PUENTE MARTA
JIMENEZ RIOS MARIA
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
MARTIN YUS CRISTINA
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES
SARASA OLANO MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente durante el primer trimestre de 2017 se realizó una revisión y difusión de las últimas guías publicadas acerca del manejo de la vía aérea difícil (VAD), definiendo cuáles habrían de ser las recomendaciones que guiaran el abordaje de los puntos definidos en el proyecto. Tras ello se remitió al jefe de Servicio un documento con soporte bibliográfico en el que reflejamos las recomendaciones al respecto en relación a las necesidades de equipamiento de la UCI. En él se incluían, de forma resumida: la monitorización continua de capnografía, la optimización del carro de vía aérea difícil con disponibilidad de un videolaringoscopio y fibrobroncoscopio así como material de entrenamiento regular para crico y traqueostomía de urgencia. Paralelamente a lo largo del ejercicio se llevó a cabo registro de eventos adversos relacionados con la vía aérea difícil y se fomentó la notificación en el sistema SINASP mediante la incitación a la realización del curso de formación de forma inicial dada la reciente implantación, como medida prioritaria para crear una cultura de seguridad apropiada.

Nos pusimos en contacto con los facultativos encargados de docencia de residentes para la organización de cursos y disponibilidad de material al respecto.

Se elabora un plan de mantenimiento del equipamiento de atención urgente a la VAD tanto dentro como fuera de la UCI

Se solicitó valorar la inclusión en el sistema de historia electrónica de una zona de registro de factores relacionados con la predicción de VAD de forma similar al registro en las gráficas de valoración anestésica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pese a las dificultades para establecer criterios e indicadores en base a recomendaciones internacionales con los que poderse comparar así como la escasa notificación en el SINASP de eventos ocurridos, hemos podido analizar mediante registros individuales y revisiones de casos que: el número de autoextubaciones ocurridos ha ocurrido < 0'5 /100 días de ventilación mecánica (tasa similar a la observada en otros centros, que ocasionaron un daño entre menor y moderado según la escala de daño atribuible al evento); los incidentes relacionados con una deficiente monitorización respiratoria así como, y generalmente relacionados con, desconexiones de las tubuladuras del respirador al paciente son relativamente frecuentes, de gravedad entre menor y moderada y con una detectabilidad alta, que es la que se intenta abordar con la monitorización referida. La disponibilidad de monitorización de capnografía conectada al sistema de monitorización central se habló con los técnicos del Hospital así como con el responsable de la UCI, estando pendiente de evaluación. Otros eventos adversos recogidos como relacionados con la realización de traqueostomía percutánea reglada son inexistentes por correcta técnica y selección de casos; y los relacionados con el abordaje convencional tanto en relación con el procedimiento como con la medicación utilizada no llegaron a ocasionar más allá de daño menor pero en su mayoría serían evitables con el registro en la historia electrónica previo al abordaje de la vía aérea de la identificación de pacientes con VAD prevista, dejando sólo la imprevista como incertidumbre.

La planificación de competencias acerca del equipamiento se ha podido resolver sólo parcialmente por la disponibilidad de tanto videolaringoscopio como fibrobroncoscopio todavía no efectiva en la Unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se precisa continuar con la recogida y análisis correspondiente de eventos adversos para hacer una evaluación adecuada y mejorar el nivel asistencial, fomentando la cultura de seguridad, notificación de eventos en SINASP por parte del personal así como optimizar los factores de equipamiento, una vez ya tenemos abordados factores de tarea y formación, quedando pendientes, una vez dispongamos del material referido así como más datos, que continuaremos en su recogida, hacer sucesivas evaluaciones en colaboración con el grupo de seguridad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1305 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1305

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

Nº de registro: 1305

Título
PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

Autores:
TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO, LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, GURPEGUI PUENTE MARTA, JIMENEZ RIOS MARIA, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES, SARASA OLANO MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El control de la vía aérea es frecuentemente complicado en los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. El manejo inadecuado de la vía aérea difícil, VAD, se asocia a un incremento del riesgo de daño neurológico irreversible, eventos cardíacos adversos, lesiones traumáticas de la VA, aumento de la estancia en la UCI y muerte. El grado de daño que ocasionan al paciente los incidentes relacionados con la vía aérea en una Unidad de Cuidados Intensivos es mayor que los que se presentan durante la anestesia o en Urgencias, como refleja el NAP4 (4th National Audit Project of The Royal College of Anaesthetists).

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar los correspondientes protocolos y recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente destaca el manejo de la vía aérea difícil. En ella destacan unos requisitos para el desarrollo de una estrategia de seguridad en el manejo de la vía aérea, entre otros:

- Establecimiento de un protocolo o algoritmo de actuación ante una VAD,
- Definición de un plan de formación continuada en el manejo de la VAD,
- Disponibilidad de los recursos materiales necesarios (carro de VAD)

Proponemos realizar un análisis de eventos adversos graves durante el año 2017 relacionados con la vía aérea y adecuar las recomendaciones referidas evaluando resultados tras su implantación.

MÉTODO
1. Analizar los eventos adversos graves relacionados con la vía aérea registrados durante el año 2017 y evaluar conjuntamente sus resultados para consensuar un conjunto de recomendaciones en relación al Manejo Integral de la Vía Aérea.
2. Desarrollar un proyecto de seguridad en relación a la vía aérea en pacientes críticos. Se propone implantar un proyecto de seguridad de la vía aérea con los objetivos que representamos en cuatro apartados: a) Formación en Seguridad, b) Notificación, c) Abordaje de la VAD y d) Manejo integral y Cuidados sobre la vía aérea.

INDICADORES
El desarrollo de cada una las actividades referidas en el apartado anterior se considerará como indicador para posterior evaluación :

- 1.FORMACION EN SEGURIDAD. Colaboración con la Comisión de Seguridad del Hospital para promover la formación en seguridad y notificación de eventos adversos
- 2. NOTIFICACIÓN y ANALISIS de incidentes relacionados con la vía aérea en paciente crítico.
 - a. Se propone desarrollar un sistema de registro de incidentes relacionados específicamente con la vía aérea. Tras implantar el SINASP el grupo de trabajo extraerá los incidentes relacionados con la vía aérea para una valoración más exhaustiva.
 - b. De forma semestral, y extraordinaria cuando suceda un evento con daño crítico y/o catastrófico (valorar análisis causa raíz), se propone realizar sesiones de control
- 3.ABORDAJE DE LA VAD. Planificación y desarrollo de protocolos para el manejo de la vía aérea en paciente crítico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1305

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

- a. Conformar un grupo de trabajo multidisciplinar adecuadamente formado para el manejo de la VAD con el objetivo desarrollar y adoptar protocolos para el manejo adecuado de la VAD en todos los ámbitos del Hospital
- b. La identificación de sujetos con riesgo o sospecha de VAD ayudará a diseñar un plan estratégico de actuación y a preparar los medios materiales y humanos necesarios para garantizar la seguridad de los pacientes. Se propone incluir registro de los test predictivos en la historia electrónica de la UCI
- c. Propuesta de disponibilidad con completo equipamiento del Carro de VAD, incluyendo videolaringoscopios y fibrobroncoscopio. Disponibilidad de ecógrafo.
- d. Realizar un actividades de formación donde se expondrán aspectos teóricos y prácticos acerca del manejo integral de la vía aérea difícil y la realización de las técnicas quirúrgicas sobre la vía aérea tanto programada como emergente.
- e. Promover colaboración con el Equipo de respuesta rápida en el hospital. Definir competencias equipamiento del maletín atención urgente.

-4. MANEJO INTEGRAL Y CUIDADOS sobre la vía aérea; monitorización y manipulación de la vía aérea en paciente crítico El desplazamiento del tubo orotraqueal o cánula de traqueostomía puede ocurrir en cualquier momento tanto dentro de la Unidad, como en los traslados. Se propone desarrollar un protocolo con competencias claramente definidas para las actuaciones que impliquen manejo de la VA, en especial VAD prevista

DURACIÓN

A lo largo del año 2017 se prevé la recogida de datos y colaboración con los servicios implicados para conseguir los objetivos referidos. Se analizarán a lo largo del año para hacer una reevaluación tras la implantación de las medidas en continuidad durante el próximo ejercicio 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1307

1. TÍTULO

UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

Fecha de entrada: 21/01/2018

2. RESPONSABLE EVELYN LOMBARTE ESPINOSA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GURPEGUI PUENTE MARTA
JIMENEZ RIOS MARIA
MARTIN YUS CRISTINA
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES
SARASA OLANO MARINA
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Promover el uso seguro de medicamentos es una de las recomendaciones de practicas clínicas seguras. Los errores de medicación se producen en cualquier fase del proceso de utilización de los medicamentos, tanto en la prescripción, la transcripción, la dispensación o la administración. La rotación de personal de enfermería y médicos residentes hace todavía más necesario esta estandarización de procedimientos.
Durante el primer trimestre de 2017 realizamos sesiones en la UCI para elaborar un listado consensuado de los medicamentos administrados en infusión intravenosa considerados de alto riesgo sobre los que central el proyecto. A continuación revisamos las presentaciones de dichos fármacos existentes en el hospital así como las preparaciones previamente incluidas en el sistema de prescripción electrónica. Dada la variabilidad existente encontrada no sólo de preparaciones entre diferentes unidades clínicas sino también entre diferentes secciones dentro de la UCI, se revisan individualmente las consideradas más apropiadas por consenso y práctica habitual para intentar plasmar en un documento una única guía de prescripción aplicable a nuestro ámbito.
Elaboramos una tabla estructurada con una serie de pasos ordenados: nombre del medicamento (principio activo y nombre comercial), dosis y unidad de dosis del fármaco, forma farmacéutica, diluyente y unidades de diluyente, unidades de dosificación, límites inferior y superior recomendados para el fármaco y recomendación por peso de la velocidad de infusión con la dilución establecida. Posteriormente se realiza durante el segundo trimestre la preparación del material con colocación del poster correspondiente en zona de preparación de infusiones en la UCI para mejor acceso tanto por enfermería como personal facultativo para consultas y aclaraciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dada la reciente implantación del sistema de notificación SINASP, se continuó con el fomento de la cultura de seguridad con la implicación del personal en la realización del curso correspondiente de formación y motivación hacia la notificación. Quizás no ha transcurrido tiempo suficiente como para reflejarse en el número de notificaciones pero pese a la dificultad para expresar en criterios e indicadores explícitos, podríamos concluir por registros adicionales y continuidad asistencial que las medidas adoptadas han conseguido disminuir los errores de medicación de manera significativa, no habiendo ocurrido ningún evento de gravedad moderada.
En relación a la configuración de las bombas de infusión en diferentes unidades de dosificación utilizadas por los servicios que atendemos a pacientes críticos para fármacos considerados de alto riesgo, nos reunimos con anestesia para unificar dichos parámetros habiéndose evitado con ello errores anteriormente frecuentemente observados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido mejorar dentro de los factores contribuyentes según NPSA: factores de tarea (guías y ayudas a la toma de decisiones y diseño de procedimientos), factores de comunicación, sociales y de equipo, de formación y finalmente de abordaje de factores de equipamiento.
Indudablemente se ha de continuar transmitiendo al personal nuevo de la Unidad las actuaciones implementadas para la práctica habitual así como fomentar las notificaciones de eventos adversos para un adecuado registro y estudio de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1307 ===== ***

Nº de registro: 1307

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1307

1. TÍTULO

UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

Título
UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

Autores:
LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, GURPEGUI PUENTE MARTA, JIMENEZ RIOS MARIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES, SARASA OLANO MARINA, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EFECTOS ADVERSOS/REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se demuestran numerosos eventos adversos relacionados con la prescripción y administración de fármacos intravenosos en la Unidad de Cuidados Intensivos. Previo a la implantación del sistema de notificación SINASP se registran incidentes de gravedad que no han sido bien registrados anteriormente. Analizamos con una aproximación inicial los factores contribuyentes relacionados tanto con el paciente, por la complejidad de la situación clínica del paciente crítico; relacionados con personal por situación de estrés, realización de multitud de tareas simultáneamente; de tarea por falta de unificación de perfusiones de fármacos intravenosos, no actualizadas con los últimos fármacos introducidos en nuestras guías terapéuticas en los últimos años; de comunicación con órdenes en ocasiones imprecisas por parte del intensivista; de formación/entrenamiento, donde el personal con más experiencia tiene menos probabilidades de cometer errores en relación a estos a estos aspectos; así como de equipamiento por falta de estandarización de las configuraciones de las bombas de infusión.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende realizar un protocolo del servicio de Medicina Intensiva unificando tanto las concentraciones de las perfusiones como las unidades en las que trabajar. Se intentará unificar protocolos con otras Unidades Clínicas del Hospital que atiendan paciente crítico, principalmente urgencias y anestesia.
Comprobar al ingreso de los pacientes a UCI la concentración y configuración de las bombas de infusión pues varios eventos graves se han visto relacionadas con diferentes programaciones en las configuraciones de dichas bombas por protocolos de manejo diferentes entre los servicios de anestesia y UCI.
Difundir dichos protocolos entre médicos y enfermeras. Realización de carteles con la información unificada de los protocolos en cuanto a concentraciones y dosis habituales de una lista concreta de fármacos habituales utilizados en infusión para pacientes críticos actualizada.
Evaluar mediante el SINASP la disminución de incidentes relacionados con la medicación a lo largo del año 2017, compararnos con estándares externos agrupados según gravedad y realizar propuestas de mejora .

MÉTODO
1. Evaluar sistemas prescripción en servicios relacionados con paciente crítico. Se proponen acciones conjuntas con los servicios implicados
Elaboración protocolos y de tabla de infusión de perfusiones de fármacos intravenosos actualizada
2. Difusión de guías y realización carteles para ayuda prescripción. Incluir las consiguientes modificaciones según consenso en el sistema de prescripción electrónica del Servicio.
3. Análisis de resultados registro SINASP de forma continuada durante el período de análisis

INDICADORES
1. Elaboración de protocolos y guías correspondientes.
2. Evaluación de eventos adversos relacionados con la medicación mediante el sistema de notificación electrónica. Análisis individualizado para definir los estándares según gravedad de los incidentes observados no cuantificables de forma prospectiva. Valor a alcanzar de 0 en incidentes graves. Se procederá a análisis causa raíz de los eventos así considerados a lo largo del período de análisis.
3. Propuestas de mejora Diciembre 2017

DURACIÓN
Elaboración de guías y difusión en el primer trimestre de 2017
Análisis continuado durante el año en curso del registro SINASP con reuniones semestrales con grupo de seguridad para evaluación y convocatoria extraordinaria si procede por evento grave

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1307

1. TÍTULO

UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 18/02/2018

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
 PALACIO RUIZ PILAR
 LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL
 GIL PEREZ DESIRE
 PASCUAL CATALAN ASCENSION
 HUARTE LACUNZA RAFAEL
 ABIO LUPON MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
 Elaboración y puesta a disposición en la intranet de documentos sobre las bacteriemias de mayor morbi/mortalidad y difícil manejo.
 Definición: documento básico de manejo de bacteriemias nivel 1 disponible en la intranet en la pestaña PROA.
 Objetivo: realización y disponibilidad en la intranet.
 Realizado en el primer trimestre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
 Objetivo: valoración del 80% de las bacteriemias de nivel 1 fuera de UCI, conseguir hemocultivos de control en más del 80% y conocer la mortalidad a los 14 días.
 Otros: conocer si son nosocomiales y la relación con el catéter.
 Hemocultivos de control:
 Hemocultivos de control en S aureus (BAS) y Candida sp.
 Objetivo 80%

Hemocultivos de seguimiento por S aureus:

	1 er T	2 T	3 T	4 T	TOTAL		
% seguimiento		92,30	100,00	100,00	100,00	60	98,36
Pacientes HC seguimiento			12	10	20	18	
Total pacientes	14		14	22	27	77	
Éxitus + trasladado	1		2+2	2	5+4	16	

Hemocultivos de seguimiento por Cándida

	1 T	2 T	3 T	4 T	TOTAL		
% seguimiento		83,33	100,00	100,00	100	18	94,73
Pacientes con HC seg		4	3	9	2	18	
Total pacientes	6		3	11	2	22	
Exitus+Traslados	1			2			

Bacteriemias de nivel 1:

S. Aureus	93 (37,8)
Enterococcus	109 (44,3)
Pseudomonas	9 (3,7)
Candida	35 (14,2)
Total	246

Valoración por la UEI:

Valoracion UEI	174 (68)
No valoracion	82 (32)
UCI	23 (9)
Exitus	15 (5,9)
Traslado	19 (7,4)
Vacaciones	13 (5,1)
Alta	3 (1,2)
Otros	8 (3,1)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

De los 82 no valorados, 57 eran NO valorables según el proyecto (UCI, éxitus, traslado,) se valorado el 87% de los posibles.

Tipo de infección:
Infeccion nosocomial 135 (52,7)
Bacteriemia cateter 42 (16,4)
Estancia en UCI 50 (19,5)

Más de la mitad de las bacteriemia de nivel 1 son de origen nosocomial y algo más de un 16% son asociadas a catéter.

Mortalidad:
Mortalidad / Exitus N=256
Global 86 (33,6%)
A las 72 horas 19 (7,6%)
14 días 47 (18,7%)
30 días 62 (24,7%)

La mortalidad atribuible sería la que aparece en los primeros 14 días.

Mortalidad y estancia media:

Global	Número	Estancia media		Estancia media bacteriemia		Mortalidad		
		Mediana y RIC	Media y DS	Mediana y RIC	Media y DS	Mediana y DS	Media y DS	
Total	256 (100)	18 ± 38	(0-374)	33,5 ± 41	12 ± 18	(0-370)	20,2 ± 29	86
S. Aureus	93 (36,3)	17 ± 19	(0-77)	20,4 ± 17	13 ± 14	(0-77)	15,7 ±	
14,3	35 (37,6)							
Enterococcus	109 (42,6)	18 ± 44	(0-195)	34,6 ± 37,8	11 ± 20	(0-96)	18,7 ±	
18,4	27 (24,8)							
Pseudomonas	9 (3,5)	41 ± 53	(4-374)	75,2 ± 114	21 ± 25	(3-370)	61,5 ±	
116	2 (22,2)							
Candida	35 (13,7)	59 ± 56	(0-205)	62,3 ± 49,7	25 ± 39	(0-123)	30,6 ±	
28,3	16 (45,7)							

Valorados por PROA

Global	Número	Estancia media		Estancia media bacteriemia		Mortalidad		
		Mediana y RIC	Media y DS	Mediana y RIC	Media y DS	Mediana y DS	Media y DS	
Total	174 (100)	20,5 ± 37	(0-374)	36,7 ± 43,6	23,5 ± 20	(0-370)	23,5 ±	
32,6	47 (27)							
S. Aureus	71 (40,8)	19 ± 19	(3-77)	23 ± 17	14 ± 13	(3-77)	18,8 ± 203	22
(31)								
Enterococcus	74 (42,5)	21 ± 43	(0-195)	37 ± 37	12 ± 24	(0-96)	20,4 ±	
18	18 (24,3)							
Pseudomonas	6 (3,4)	37 ± 144	(4-374)	92,6 ± 140	25 ± 120	(3-370)	80,5 ±	
142	5 (83,3)							
Candida	21 (12,1)	64 ± 62	(10-205)	67,1 ± 51,8	37 ± 38	(2-123)	37,7 ±	
28,8	5 (23,8)							

Otros datos relevantes:

	Infeccion nosocomial	Bacteriemia por cateter	Ingreso en UCI
Total	135 (52,7)	42 (16,4)	50 (19,5)
S. Aureus	33 (35,5)	20 (21,5)	11 (11,8)
Enterococcus	61 (56)	4 (3,7)	18 (16,5)
Pseudomonas	8 (89)	2 (22,2)	3 (33,3)
Candida	33 (94,3)	6 (45,7)	17 (48,6)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LECCIONES APRENDIDAS:

El proyecto ha permitido poder conocer la magnitud del problema de la bacteriemia en el hospital, su relación con la asistencia sanitaria y su mortalidad. Nos ha permitido mejorar su manejo según las recomendaciones de las guías vigentes y realizar una labor formativa por pares en la asesoría de su manejo.

El desarrollo de esta labor con continuidad nos permitirá conocer la evolución de los resultados en el tiempo como marcador de calidad y seguridad del paciente.

Debería poder ampliarse la actividad a las bacteriemias por las cinco principales causas como marcan las directrices de los Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA), con el objetivo de mejorar el manejo de antibióticos en una entidad de alta morbimortalidad y evaluar su evolución como consecuencia de campañas más globales de optimización de antimicrobianos y prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).

DIFICULTADES A SUPERAR:

1. No se desarrolla hoja de tratamiento estandarizado de bacteriemia por Pseudomonas MDR ó XDR por no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- disponer de guías de consenso que lo permitan y ser recomendaciones individualizadas por foco, antibiograma y enfermedad de base.
2. No disponer de asesoría que permita la elaboración de una base de datos compartida para realizar una recogida de datos a tiempo real, en lugar de estar volcando datos de forma retrospectiva y casos por caso a un Excel.
 3. Pocos datos extraíbles directamente de la HCE (baja informatización de la prescripción) y nula de la información de enfermería.
 4. No disponer de un gestor de datos para la recogida de la actividad y explotación estadística.
 5. Cambio de destino de la auxiliar administrativo que pertenecía al proyecto en septiembre.
 6. Los datos extraídos de siglo necesitan una explotación posterior para poder obtener los indicadores seleccionados que requiere un tiempo extra.
 7. No disponer de datos oficiales de mortalidad y estancia media de los casos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/976 ===== ***

Nº de registro: 0976

Título
IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, PALACIN RUIZ PILAR, LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL, GIL PEREZ DESIRE, PASCUAL CATALAN ASCENSION, HUARTE LACUNZA RAFAEL, ABIO LUPON MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Proyectos del Programa de Optimización de Antimicrobianos

PROBLEMA
Las bacteriemias constituyen una infección frecuente y con una mortalidad elevada. Existen factores potencialmente modificables que han demostrado reducir la mortalidad de las bacteriemias, como el tiempo hasta el tratamiento antibiótico, o la administración de tratamiento antibiótico correcto, tanto a guías como a gérmenes. La actuación por parte de facultativos especialistas en enfermedades infecciosas ha demostrado ser eficaz en la mejoría de los resultados.

Los PROA (Programas de optimización de antibióticos) son programas hospitalarios cuyo fin es contribuir a mejorar la utilización de los antibióticos. Su filosofía es la de servir de apoyo a los clínicos en su proceso de toma de decisiones en el tratamiento antibiótico de las enfermedades infecciosas con los objetivos de obtener los mejores resultados clínicos en el tratamiento hospitalario de infecciones, minimizar la frecuencia de eventos adversos relacionados con la utilización de antimicrobianos como la emergencia de resistencia y fomentar la utilización eficiente de los antibióticos.

PROA Bacteriemia es una actividad integrada en el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) del Hospital Universitario Miguel Servet en fase de implantación, cuyo objetivo es lograr mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer en nuestro medio la mortalidad y estancia hospitalaria relacionada con las ?bacteriemias.
- Valorar el impacto de las intervenciones que se implementen (las intervenciones se detallan en el punto siguiente). Comparar estos datos con un período anterior sin intervención.?
- Identificar oportunidades de mejora para implementar.

MÉTODO

- Diseño de una hoja excel para recoger datos microbiológicos, de tratamiento empírico, definitivo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

secuencia, duración, estancia media y mortalidad a 14 y 30 días.

- Elaboración y actualización de recomendaciones básicas disponibles en la intranet (PROA)
- Llamada telefónica estructurada desde el laboratorio con el resultado del cultivo positivo para transmitir resultados y recabar información clínica al médico o la enfermera responsable.
- Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de microbiología para conocer y comentar los resultados y planificar las actuaciones.
- La atención por el clínico del grupo PROA estará enfocada a la valoración clínica tras identificación de germen en jornada ordinaria, aplicando las recomendaciones básicas y mostrando al médico responsable la documentación de la intranet al respecto para realizar docencia por pares:
 - ? Bacteriemias por Staphylococcus aureus sensible o resistente (SAMS/SAMR)
 - ? Bacteriemias por Candida sp
 - ? Bacteriemias por Enterococcus sp
 - ? Bacteriemias por Pseudomonas aeruginosa MDR ó XDR
 - ? Casos derivados de la valoración por necesidad de modificar el tratamiento empírico no adecuado, o de valoración y actuación sobre foco.

INDICADORES

Indicadores de transmisión de la información:

- Tiempo desde la positivización del hemocultivo hasta informe provisional de bacteriemia en intranet y llamada telefónica al facultativo peticionario
- Tiempo desde la positivización y llamada al especialista en Infecciosas

Indicadores de aplicación clínica de la información:

- Hemocultivos de control en los casos indicados (S.aureus, Candida sp.)
- Tiempo hasta el inicio de tratamiento apropiado
- Porcentaje de bacteriemias con intervención del especialista en Infecciosas

Indicadores de resultados clínicos:

- Mortalidad cruda a los 14 días
- Estancia hospitalaria en los pacientes que sobrevivan al ingreso

DURACIÓN

Estudio de la situación, elaboración del proyecto y difusión en los Servicios de Microbiología y Unidad de Enfermedades Infecciosas: Octubre-Noviembre 2016

Diseño y puesta en marcha del registro Excel de recogida de datos: Inicio en Diciembre 2016-Todo el período

Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de Microbiología: Inicio en Noviembre 2016-Todo el período

Evaluación de los indicadores: Abril 2017 (6 meses tras inicio proyecto)-Septiembre 2017

Identificación oportuidades mejora: Todo el período

OBSERVACIONES

Proyecto en la línea del Plan Nacional de Resistencia, a través de proyectos PROA (Programas de Optimización de Antimicrobianos) para mejorar los resultados en salud y disminuir la aparición de resistencias.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 15/03/2019

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
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR
LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL
MARTINEZ JIMENEZ MARIA CARMEN
SUSO ESTIBALEZ CATALINA
MORENO GARCIA ESTELA
HUARTE LACUNZA RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Participación en la elaboración de los documento del PROA-Autonómico en relación al tema: "Documento de trabajo PROA hospitalares. Estrategia IRASPROA-Aragón" y "Actividad PROA para la optimización del manejo de pacientes con bacteriemia".

Sesiones semanales los miércoles a las 12 h con una hora de duración, en la que se comentan los casos clínicos más destacados, los problemas detectados y se plantean soluciones. Todo ello ha llevado a la elaboración de las siguientes mejoras:

Elaboración de un informe preliminar fijo que permanece siempre visible para el clínico a través de la intranet. Este informe consta de:

Resultado de visión de Gram e identificación por MALDI-TOF en el día de la positivización del hemocultivo.

Resultado de la sensibilidad antibiótica preliminar por método disco-placa de los antibióticos consensuados dentro del grupo PROA-Bacteriemia (día 2 tras la positivización) para facilitar el ajuste del tratamiento antibiótico empírico o desescalado. Este informe se sustituye por el informe definitivo cuando se dispone de los resultados de sensibilidad antibiótica por CMI.

Elaboración de mensajes predeterminados en los gérmenes que tienen mayor dificultad de tratamiento. Desde Microbiología se han creado y añadido a los informes de resultados los siguientes comentarios en relación a resistencias intrínsecas:

P. AERUGINOSA: P. aeruginosa presenta resistencia intrínseca a los siguientes antibióticos de uso frecuente: amoxicilina-clavulánico, cefotaxima/ceftriaxona (y cefalosporinas de 1º y 2ª generación), ertapenem, tigeciclina, trimetoprim-sulfametoxazol. NO USAR
ENTEROCOCCUS SPP : Enterococcus spp. presenta resistencia intrínseca a los siguientes antibióticos de uso frecuente: cefalosporinas, macrólidos, aminoglucósidos en monoterapia, trimetoprim-sulfametoxazol. NO USAR
L. MONOCYTOGENES: Listeria monocytogenes presenta resistencia intrínseca a cefalosporinas. NO USAR
S. MALTOPHILIA: Stenotrophomonas maltophilia presenta resistencia intrínseca a los siguientes antibióticos de uso frecuente: amoxicilina-clavulánico, cefotaxima/ceftriaxona (y cefalosporinas de 1º y 2ª generación), carbapenems, aminoglucósidos. NO USAR. Suele ser sensible a trimetoprim-sulfametoxazol y levofloxacino.

SARM: Tomar medidas higiénicas que eviten su diseminación.
La resistencia a meticilina implica resistencia a todos los beta-lactámicos incluidos carbapenems (con excepción de ceftarolina).

Presentación de los resultados del año 2017 comunicación en el Congreso de SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica)

M. Povar Echeverría, R. Martínez Álvarez, M.C. Martínez Jimenez, P. Palacian Ruiz, M.C. Villuendas, A. Lopez Calleja. "BACTERIEMIAS DE PRIMER NIVEL EN EL AÑO 2017: ANALISIS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROA ". XXII Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Bilbao, del 24 al 26 de mayo de 2018.

Durante unos meses se realizó una intervención sobre el nivel II y III con la contratación por parte de la fundación de enfermedades infecciosas de un facultativo durante 2 h al día, los resultados se presentaron en el congreso de la SEMI 2018:

E. Moreno García(1), R. Martínez Álvarez(1), P. Arazo Garcés(1), M. Villuendas Usón(2), P. Palacián Ruiz(2), M. Martínez Jiménez(3), G. Tirado Anglés(4), C. Clemente Sarasa(5). INICIO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) PARA BACTERIEMIAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA). XXXIX Congreso SEMI / VI Congreso Ibérico / XXXVI Congreso SOCALMI I. Burgos, 21-23 Noviembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores de transmisión de la información: ?
-Registro del tiempo desde la positivización del hemocultivo hasta informe provisional de bacteriemia en intranet y llamada telefónica al facultativo peticionario.

Fuente de datos: sistema de información de microbiología: SIGLO (Horus). Valor a alcanzar: >90%

Se ha realizado la llamada telefónica en la totalidad de los episodios. El tiempo medio de la llamada telefónica de Microbiología desde la positivización del hemocultivo ha sido de 0,08 días durante los 365 días del año. El tiempo medio de positivización de los cultivos fue de 0,84 días. La mediana de tiempo ha sido de 3 días para el informe definitivo. Estos datos se han extraído de la base de recogida de datos de bacteriemia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

que se resumen en la tabla.

- Unidades de enfermería con formación recibida sobre extracción de hemocultivos. Fuente de datos: actas de las sesiones impartidas. Valor a alcanzar:>90% de las unidades del hospital a lo largo de un año
- Entre 2017 y 2018 se han realizado sesiones formativas en:
 - Medicina interna (planta 10, 11 y 2) segundo semestre 2017
 - Digestivo segundo semestre 2017
 - UCIs H General segundo semestre 2017
 - UCI infantil segundo semestre de 2018
 - Urgencias segundo semestre del 2017 y primer semestre de 2018
 - Neurología primer semestre 2018
 - Cirugías (ubicadas en el edificio de traumatología: c vascular, c general, c plástica) primer semestre del 2018
 - Pediatría y Maternidad se inicia a finales de 2018 y se continúa en 2019
- En 2018 se consiguió la acreditación del taller que se imparte a enfermería. En estas sesiones se aporta desde la Sección de Hemocultivos la tasa de contaminación de cada Servicio para valorar de forma individualizada su evolución, estado actual y medidas de mejora. Estos datos se obtienen del indicador de calidad (tasa de contaminaciones) que trimestralmente se obtiene de los distintos Servicios del Hospital.
- Indicadores de aplicación clínica de la información: ?
- Hemocultivos de control en los casos indicados (S.aureus, Candida sp.)
- Fuente de datos: programa de microbiología. Valor a alcanzar: > 90% de los pacientes que permanecen ingresados (excluyendo traslados/altas/defunciones)
- Bacteriemia por S aureus
 - 89 pacientes con bacteriemia por SASM/SARM. (23 SARM: 25.84%). Hemocultivos de seguimiento: 100% pacientes hospitalizados en HUMS.
- No hemocultivos de control: 7 traslados: 4 Hospital de la Defensa, 2 Hospital San Juan de Dios y 1 Hospital Clínico Universitario.
 - 1 paciente de alta
 - 9 pacientes fallecidos
- Candidemia
 - 43 pacientes con candidemia.
 - Hemocultivos de seguimiento en 97.68% (42 pacientes)
 - 6 pacientes fallecidos.
- Valoración del tratamiento empírico y actuación clínica realizada por el grupo PROA y su aceptación. ?
- Fuente de datos: Excel diseñado para el trabajo. Valor a alcanzar: > 90% de los pacientes que permanecen ingresados (excluyendo traslados/altas/defunciones)
- En el año 2018 se produjeron 979 episodios de bacteriemia en adultos, en todos ellos se realizó la llamada telefónica desde microbiología y se realizó una evaluación clínica por el PROA en 595 casos 60,77%. Excluyendo traslados, altas, defunciones y UCI (305) se valoraron 88%
- Porcentaje de bacteriemias con intervención del especialista en Infecciosas.
- Fuente de datos: Excel diseñado para el trabajo, compartido por microbiología y enfermedades infecciosas. Valor a alcanzar: > 80% de los casos objeto del estudio (S.aureus, Candida sp, Enterococcus sp, Pseudomonas MDR/XDR, dadas de alta).

NIVEL CALCULADO		NIVEL I	
Etiquetas de fila		Cuenta de VALORADO PROA	Cuenta de VALORADO PROA2
NO	58	20,94%	
SI	219	79,06%	
Total general	277	100,00%	

Nivel II (Gérmens MDR)		NIVEL II	
Etiquetas de fila		Cuenta de VALORADO PROA	Cuenta de VALORADO PROA2
NO	16	42,11%	
SI	22	57,89%	
(en blanco)		0,00%	
Total general	38	100,00%	

Nivel III		NIVEL III	
Etiquetas de fila		Cuenta de VALORADO PROA	Cuenta de VALORADO PROA2
NO	331	48,39%	
SI	353	51,61%	
(en blanco)		0,00%	
Total general	684	100,00%	

Actuaciones realizadas		
SOBRE UN TOTAL DE PACIENTES VALORADOS DE		594
ACTUACIONES	Nº	%
DEESCALAR	43	7,24%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

TRATAMIENTO SECUENCIAL	91	15,32%
CAMBIO DE DOSIS	9	1,52%
TTO DIRIGIDO	222	37,37%
SUSPENSION	4	0,67%
ORIENTACION DEL TTO EMPIRICO	3	0,51%
HEMOCULTIVOS CONTROL	75	12,63%
SOLICITUD ECOCARDIO	53	8,92%
SOLICITUD FONDO DE OJO	5	0,84%
CONTACTO CON MAP	35	5,89%
MUESTRAS CLINICAS MICRO	12	2,02%
RETIRADA DE CATETER	38	6,40%
CONTACTO CON DOMICILIO	4	0,67%
REEVALUACION CON INGRESO	1	0,17%
MUESTRAS EPIDEMIO MICRO	0	0,00%
FIN DE TRATAMIENTO	2	0,34%
RECOMENDACION TIEMPO AB	101	17,00%
ORIENTACION DEL TTO SECUENCIAL	8	1,35%
CULTIVO DE FOCO	2	0,34%
INICIO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO	0	0,00%
REEVALUACION EN CONSULTA	2	0,34%
CONTACTO CON MED RESPONSABLE	347	58,42%

REFERENTE A ACTUACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO TOTAL 81,31%

Teniendo en cuenta que el documento PROA Hospitales marca unos objetivos de cara a obtener el nivel básico, avanzado o excelente recogidos más arriba, en el momento actual no cumpliríamos los requisitos del nivel básico (80% de los de nivel 1 y 2).

Intervención sobre el nivel II y III

OBJETIVOS

Las bacteriemias por bacilos gram negativos (BGN) suponen la primera causa de bacteriemia con mortalidad del 12-38%. En los últimos años, debido en parte al uso excesivo y mal uso de los antibióticos, se ha incrementado la aparición de resistencias antimicrobianas, conllevando mayor dificultad de tratamiento, aumento de hospitalización y peor pronóstico. Se ha demostrado que la administración precoz del antibiótico adecuado disminuye la mortalidad y que el ajuste posterior según resultados microbiológicos y una duración adecuada mejora el resultado clínico y disminuye la aparición de resistencias e infecciones por *Clostridium difficile*. Por ello, el equipo PROA del hospital propuso incluir en el mismo las bacteriemias por BGN.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2018, se dispuso de un médico de Medicina Interna con formación en Enfermedades Infecciosas durante 2 horas diarias para refuerzo del PROA que permitió el inicio del PROA-Bacteriemia BGN. Se elaboró una guía de tratamiento y se evaluaron todas las bacteriemias por BGN (excepto las de UCI) del Hospital Universitario Miguel Servet. Microbiología realizó la notificación inicial al médico responsable y en las 72 horas siguientes, el médico de Infecciosas contactó para asesoría sobre tratamiento dirigido, desescalada, secuenciación y duración.

De las 204 bacteriemias, el 59,8% fueron por BGN. Se excluyeron las de UCI, fallecimientos y traslados a otros centros quedando 88, de las cuales 49 fueron evaluados por el PROA habitual y 39 por el médico de intensificación del PROA. A continuación, se detalla el análisis que la intensificación supuso.

El 64,1% eran varones, con una media de edad de 75 años e índice de Charlson de 2,36. Atendiendo al microorganismo, se debieron a: *Escherichia coli* 19 (48,72%, 6 (31,57%) eran BLEE), *Pseudomonas aeruginosa* 3 (7,69%), *Klebsiella pneumoniae* 3 (7,69%), *Proteus mirabilis* 2 (5,13%), *Serratia marcescens* 2 (5,13%), *Morganella morganii* 1 (2,56%), *Enterobacter cloacae* 1 (2,56%), *Salmonella enteritidis* 1 (2,56%) y *Peptoniphilus arei* 1 (2,56%). Seis (15,38%) fueron polimicrobianas. Se encontraban ingresados en: Digestivo 10 (25,64%), Urología 7 (17,95%), Medicina Interna 6 (15,38%), Nefrología 3 (7,69%), Cirugía Cardíaca 2 (5,13%), Cardiología 2 (5,13%), Ginecología 2 (5,13%), y otros 7 (17,95%). Los focos fueron: urinario 20 (51,28%), abdominal 12 (30,77%), relacionado con catéter 3 (7,69%), vascular 1 (2,56%) y otros 3 (7,69%). El origen fue comunitario en 20 (51,28%), nosocomial en 15 (38,46%) y asociado a cuidados sanitarios en 4 (10,26%).

Se realizaron 95 actuaciones PROA, 2,44 de media por paciente, que consistieron en: contacto con el médico responsable 28 (29,47%), recomendación tratamiento dirigido 22 (23,16%), duración 20 (21,05%), secuenciación 10 (10,52%), desescalada 9 (9,47%), finalización de tratamiento 1 (1,05%) y otros 5 (5,26%). La aceptación de la asesoría fue muy buena 37 (94,87%).

DISCUSIÓN

El tiempo de intensificación fue breve para obtener indicadores de impacto del programa PROA-BGN, no obstante permitió optimizar el tratamiento en el 67,36% de los pacientes.

CONCLUSIONES

La intervención de los equipos PROA en las bacteriemias por BGN ayuda a la optimización del tratamiento antibiótico pudiendo disminuir las resistencias antibióticas y mejorar el pronóstico de los pacientes.

Indicadores de resultados clínicos: ?

-Mortalidad cruda a los 30 días.

Fuente de datos: Historia Clínica Electrónica y programa administrativo HIS. Valor a alcanzar: disponer de los datos en las primeras cinco causas de bacteriemia.

Las cinco etiologías más frecuentes son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- 1.- E coli 35,68% (NO BLEE 303+ 31 BLEE)
- 2.- Klebsiella spp 11,11% (78 pneumoniae, 10 Klebsiella pneumoniae BLEE, 16 Klebsiella oxytoca, 4 Klebsiella varicola)
- 3.- S. aureus 10,69% (71SAMS+29 SARM)
- 4.- Enterococcus faecalis 5,56 % (52)
- 5.- Pseudomonas aeruginosa 4,59% (63, de las cuales 19 eran MDR-XDR 30%)
- 6.- Enterococcus faecium: 3.10 (29)

Ver tabla conjunta mortalidad, estancia.

-Estancia hospitalaria en los pacientes que sobrevivan al ingreso.

Fuente de datos: Historia Clínica Electrónica y HIS. Valor a alcanzar: disponer de los datos en > 80% de primer nivel.

Germe	Mortalidad 14 días	Mortalidad 30 días	EM de ingreso (días)	EM postbacteriemia
E coli				
E coli BLEE	8,25 % (28/339)			
6,06% (2/33)	12,38 % (42/339)			
15,55% (5/33)	12,5	15,7	10	
11,3				
Klebsiella				
K pneumoniae	8,33% (9/108)			
7,95% (7/88)	13,88%(15/108)			
13,63%(12/88)	18,7			
19,2	11,7			
11,9				
S aureus				
SAMS				
SAMR	24,99% (24/99)			
15,71% (11/70)				
44,82% (13/29)	27,27% (27/99)			
20% (14/70)				
44,82% (13/29)				
27				
27,1				
20				
16,7				
Enterococcus				
E faecalis				
E faecium	12,34% (10/81)			
13,72% (7/51)				
10% (3/30)	19,75% (16/81)			
17,64% (9/51)				
23% (7/30)				
31,5				
33,4				
17,6				
15,1				
Ps aeruginosa	15,87% (10/63)	19,05% (12/63)	32,5	17,7
Candida				
C albicans	21,95% (9/41)			
15,62% (5/32)	36,59% (15/41)			
31,25% (10/32)	44,6			
53,4	22,5			
25				

En el año 2018 se contabilizaron en el HUMS 280274 estancias y 46713 ingresos

OTROS DATOS DE INTERÉS

Foco clínico	Nº	%
FOCO PROBABLE		
URINARIO	351	36,91
ABDOMINAL	184	19,35
CATETER	132	13,88
RESPIRATORIO	99	10,41
DESCONOCIDO	64	6,73
PIEL Y PARTES BLANDAS		5,36
OSTEOARTICULAR	10	1,05
SNC	5	0,53
RESPIRATORIO+URINARIO		4
ABDOMINAL+URINARIO	4	0,42
OTROS	47	4,94
OSTEOARTICULAR	10	1,05

El foco urinario es el más frecuente, seguido del abdominal y el catéter en segunda y tercera posición. Llama

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

la atención que el foco por catéter sea el tercero con un 13, 88% de los casos por ser potencialmente evitable. Origen de la infección

ORIGEN	Nº	%
COMUNITARIO	425	43,41164
NOSOCOMIAL	294	30,03064
ASOCIADO A CUIDADOS SANITARIOS	260	26,55771
TOTAL	979	

Más del 50% de las bacteriemias son nosocomiales o asociadas a cuidados sanitarios.

Distribución por servicios de origen

SERVICIOS	Nº	%
M. INTERNA	171	17,54
URGENCIAS	119	12,21
ONCOLOGIA	105	10,77
DIGESTIVO	88	9,03
UCI	85	8,72
UROLOGIA	75	7,69
CIR. GENERAL	50	5,13
HEMATOLOGIA	44	4,51
NEFROLOGIA	36	3,69
INFECIOSOS	28	2,87
CARDIOLOGIA	25	2,56
TRAUMATOLOGIA	23	2,36
GERIATRIA	18	1,85
NEUMOLOGIA	16	1,64
NEUROLOGIA	13	1,33
GINECOLOGIA	11	1,13
CIR. CARDIACA	10	1,03
CIR. MAXILOFACIAL	10	1,03
NEUROCIRUGIA	6	0,62
REHABILITACION	6	0,62
CIR. VASCULAR	5	0,51
ENDOCRINOLOGIA	5	0,51
ORL	3	0,31
PSQUIATRIA	1	0,10
OTROS	22	2,26
TOTAL	975	

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones

La actividad realizada el año 2018 ha consolidado la comunicación rápida desde microbiología de la comunicación de resultados, se ha conseguido un alto cumplimiento de indicadores de proceso que tienen implicación sobre los resultados como son la realización de hemocultivos de control en las bacteriemias por S aureus y Cándida. El trabajo multidisciplinar y las sesiones del grupo ha permitido detectar problemas comunes y diseñar respuestas como la creación del informe preliminar de microbiología y los mensajes de ayuda al prescriptor.

Se ha iniciado la formación a enfermería sobre la adecuada toma de hemocultivos e identificación de sepsis de forma acreditada y con buena aceptación, que se espera consolidar a lo largo del próximo año, y adaptar los talleres a los problemas detectados. El objetivo será poder ver a lo largo del año, como influye esta actividad en mejorar las cifras de contaminación para llegar a los estándares y mejorar la formación en actividades básicas de enfermería en relación con la infección y la administración adecuada de antimicrobianos.

Se constata una buena aceptación de la asesoría clínica y su utilidad en la mejora de aspectos como el desescalado, el tratamiento secuencial y la duración del tratamiento, que consideramos, de acuerdo con la literatura que influyen en la formación por pares de los facultativos en el uso adecuado de los antibióticos con la repercusión que implica en la adecuación de los consumos y la aparición de las resistencias, que se miden anualmente dentro de la estrategia PROA-hospital.

La actividad nos ha permitido tener datos de mortalidad y estancia media de los principales agentes etiológicos. Estamos en el estándar de mortalidad por las principales causas, lo que es un buen dato de seguridad clínica, y podremos ver la evolución en el tiempo detectando mejoras o desviaciones que impliquen modificación de actuaciones.

El disponer de la información por servicios permitirá hacer un feed-back con ellos en la próxima etapa que mejore el manejo autónomo de las mismas. Habrá que elaborar un calendario de difusión de la información con los principales servicios.

Queda pendiente conseguir aumentar la valoración clínica en los niveles II y III para conseguir los niveles básico, avanzado y excelente establecidos en el documento PROA-Hospitales, para lo que se requeriría una mayor informatización del Hospital que permita la valoración telemática y facilite seleccionar los casos sobre los que actuar y un mayor tiempo de dedicación de horas de jornada clínica a este cometido. Una actuación estructurada al tercer día permitirá ahondar en la mejora del desescalado, el tratamiento secuencial y la duración. El proyecto piloto llevado a cabo con un clínico 2h al día mostró esa posibilidad, por lo que sería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

adecuado poder incrementar las horas de actividad clínica de asesoría y poner en marcha el proyecto. Creemos que la actividad es útil desde el punto de vista de mejora de resultados clínicos y uso racional del antibiótico. Es muy probable que esto implique mejoras en el consumo de recursos como estancias y antibióticos. El proyecto es reproducible en otros hospitales de nuestro entorno por lo que se podrá trabajar en proyectos de cooperación para facilitar su implantación. A lo largo del próximo año es necesario hacer las adaptaciones necesarias para ajustarnos al documento PROA-bacteriemia de la estrategia IRAS-PROA Aragón.

Problemas detectados en su desarrollo
Pocos datos extraíbles directamente de la HCE (baja informatización de la prescripción 26% en 2017 según excell de recogida de datos de bacteriemia, 60% de las camas de hospitalización en 2018 según farmacia) y nula de la información de enfermería en el año 2018. Todo ello dificulta la valoración inicial de los casos sin el desplazamiento hasta la ubicación del paciente.
No disponer de un gestor de datos para la recogida de la actividad y explotación estadística.
Los datos extraídos de siglo necesitan una explotación posterior para poder obtener los indicadores seleccionados que requiere un tiempo extra.
No disponer de datos oficiales de mortalidad y estancia media de los casos, o un sistema de volcado directo desde gestión de datos.
El tiempo de dedicación clínica al proyecto está limitado a la plantilla actual de la unidad de enfermedades infecciosas que requeriría una cuantificación de las necesidades y un planteamiento de recursos.

7. OBSERVACIONES.

Al pasar del formato de procesador de texto a la plataforma no consigo mantener el formato de tabla. Pueden ponerse en contacto conmigo para solucionar el problema, podría enviarles el documento en formato word por ejemplo

*** ===== Resumen del proyecto 2016/976 ===== ***

Nº de registro: 0976

Título
IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, PALACIN RUIZ PILAR, LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL, GIL PEREZ DESIRE, PASCUAL CATALAN ASCENSION, HUARTE LACUNZA RAFAEL, ABIO LUPON MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Proyectos del Programa de Optimización de Antimicrobianos

PROBLEMA
Las bacteriemias constituyen una infección frecuente y con una mortalidad elevada. Existen factores potencialmente modificables que han demostrado reducir la mortalidad de las bacteriemias, como el tiempo hasta el tratamiento antibiótico, o la administración de tratamiento antibiótico correcto, tanto a guías como a gérmenes. La actuación por parte de facultativos especialistas en enfermedades infecciosas ha demostrado ser eficaz en la mayoría de los resultados.

Los PROA (Programas de optimización de antibióticos) son programas hospitalarios cuyo fin es contribuir a mejorar la utilización de los antibióticos. Su filosofía es la de servir de apoyo a los clínicos en su proceso de toma de decisiones en el tratamiento antibiótico de las enfermedades infecciosas con los objetivos de obtener los mejores resultados clínicos en el tratamiento hospitalario de infecciones, minimizar la frecuencia de eventos adversos relacionados con la utilización de antimicrobianos como la emergencia de resistencia y fomentar la utilización eficiente de los antibióticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

PROA Bacteriemia es una actividad integrada en el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) del Hospital Universitario Miguel Servet en fase de implantación, cuyo objetivo es lograr mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer en nuestro medio la mortalidad y estancia hospitalaria relacionada con las bacteriemia.
- Valorar el impacto de las intervenciones que se implementen (las intervenciones se detallan en el punto siguiente). Comparar estos datos con un período anterior sin intervención.
- Identificar oportunidades de mejora para implementar.

MÉTODO

- Diseño de una hoja excel para recoger datos microbiológicos, de tratamiento empírico, definitivo, secuencia, duración, estancia media y mortalidad a 14 y 30 días.
- Elaboración y actualización de recomendaciones básicas disponibles en la intranet (PROA)
- Llamada telefónica estructurada desde el laboratorio con el resultado del cultivo positivo para transmitir resultados y recabar información clínica al médico o la enfermera responsable.
- Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de microbiología para conocer y comentar los resultados y planificar las actuaciones.
- La atención por el clínico del grupo PROA estará enfocada a la valoración clínica tras identificación de germen en jornada ordinaria, aplicando las recomendaciones básicas y mostrando al médico responsable la documentación de la intranet al respecto para realizar docencia por pares:
 - ? Bacteriemia por Staphylococcus aureus sensible o resistente (SAMS/SAMR)
 - ? Bacteriemia por Candida sp
 - ? Bacteriemia por Enterococcus sp
 - ? Bacteriemia por Pseudomonas aeruginosa MDR ó XDR
 - ? Casos derivados de la valoración por necesidad de modificar el tratamiento empírico no adecuado, o de valoración y actuación sobre foco.

INDICADORES

Indicadores de transmisión de la información:

- Tiempo desde la positivización del hemocultivo hasta informe provisional de bacteriemia en intranet y llamada telefónica al facultativo peticionario
- Tiempo desde la positivización y llamada al especialista en Infecciosas

Indicadores de aplicación clínica de la información:

- Hemocultivos de control en los casos indicados (S.aureus, Candida sp.)
- Tiempo hasta el inicio de tratamiento apropiado
- Porcentaje de bacteriemia con intervención del especialista en Infecciosas

Indicadores de resultados clínicos:

- Mortalidad cruda a los 14 días
- Estancia hospitalaria en los pacientes que sobrevivan al ingreso

DURACIÓN

Estudio de la situación, elaboración del proyecto y difusión en los Servicios de Microbiología y Unidad de Enfermedades Infecciosas: Octubre-Noviembre 2016

Diseño y puesta en marcha del registro Excel de recogida de datos: Inicio en Diciembre 2016- Todo el período

Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de Microbiología: Inicio en Noviembre 2016- Todo el período

Evaluación de los indicadores: Abril 2017 (6 meses tras inicio proyecto)-Septiembre 2017

Identificación oportunidades mejora: Todo el período

OBSERVACIONES

Proyecto en la línea del Plan Nacional de Resistencia, a través de proyectos PROA (Programas de Optimización de Antimicrobianos) para mejorar los resultados en salud y disminuir la aparición de resistencias.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1006

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 16/04/2018

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.

FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR

ASSO ABADIA ANTONIO

TEJADA MEZA HERBERT

MARTINEZ DELGADO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado el protocolo de actuación, se han hecho reuniones de difusión del mismo en conjunto con Urgencias, Medicina Interna y Cardiología. El protocolo esta expuesto en la intranet.

Se han adaptado las agendas de arritmias de Cardiología y de Medicina Interna para que sean vistos los pacientes en al misma semana.

Ha habido problemas con bajas laborales prolongadas y de traslados a otros hospitales de los profesionales señalados por lo que el calendario se ha ido adaptando según las circunstancias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la reincorporación laboral de la Jefa de Sección de Urgencias se está pendiente de comparar los datos de los ingresos hospitalarios por síncope en 6 meses tras la incorporación del protocolo en la intranet respecto del mismo periodo anterior y del número de paciente derivados a CCEE de Cardiología (arritmias) y Medicina Interna (diagnóstico rápido) y a domicilio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El calendario propuesto no se ha podido llevar a cabo por causas ajenas al equipo. No obstante, la labor realizada para finalizar el protocolo, su validación y la coordinación de los diferentes servicios implicados ha supuesto un gran esfuerzo, por lo que se está, y se va a seguir trabajando con el objetivo propuesto en el proyecto de mejora de la calida.

7. OBSERVACIONES.

ESTOS SON LOS NOMBRES DE LOS COMPONENTES DEL EQUIPO INICIAL PERO SE HAN PRODUCIDO TRASLADOS EN ESTE PERIODO:

ANA MARCEN MIRAVETE

SUSANA MARTINEZ DELGADO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1006 ===== ***

Nº de registro: 1006

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
BIELSA MASDEU ANA MARIA, FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR, ASSO ABADIA ANTONIO, MARCEN MIRAVETE ANA, TEJADA MEZA HERBERT, MORENO DIAZ JAVIER, MARTINEZ DELGADO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El correcto manejo del paciente con síncope es una importante área de mejora en el HUMS. Supone un 0.9% de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1006

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

consultas urgentes. En el primer semestre del 2016 se atendieron en Urgencias 588 pacientes, de los cuales 396 (67.3%) fueron dados de alta a domicilio, 2(0.3%) se remitieron a consultas externas (CCEE), 158 (27%) ingresaron para estudio, 23 (4%) se trasladaron a otros Hospitales, y 9 (1.5%) se fueron de alta voluntaria. En total, en 167 pacientes (28.5%) fueron hospitalizados. De los ingresados en el HUMS, 62 lo hicieron en Cardiología, 88 en Medicina Interna (M.I.) y 4 en Neurología.

Hemos analizados los datos de los ingresados en M.I. en el segundo semestre del 2010. Hubo 86 pacientes con una media de edad de 73 años, siendo independientes el 84% (72). Solo 2 volvieron a tener un síncope en el ingreso. La estancia media fue de 8.85+/- 4.2 días, con un retraso en la realización de las pruebas complementarias (PC) de 5.27+/-1.18 días. Revisando la historia clínica, consideramos que sólo en 15 casos (12.9%) era necesario el ingreso para el ajuste de tratamiento en los pacientes independientes.

El ingreso de pacientes con síncope sin criterios de gravedad para estudio es un tema controvertido por el alto gasto que supone en cuanto a uso de camas y gasto en personal. En el Servicio de M.I. suponen un 4% del total de ingresos. Teniendo en cuenta los datos de nuestro estudio, si se hubiera llevado a cabo de forma ambulatoria, podríamos haber generado un ahorro de: 59 pacientes x 8,85 días x 900 euros/cama/día= 470000 euros durante los 6 meses de estudio.

Nos planteamos la siguiente línea de mejora:

Creación de un protocolo de actuación ante el síncope aplicando las guías europeas e identificando los pacientes de riesgo.

Protocolización de los criterios de alta, ingreso o estudio ambulatorio.

Disminuir el número de pacientes de estudio hospitalizados.

RESULTADOS ESPERADOS

Que todos los pacientes que acudan a Urgencias por síncope tengan una anamnesis con recogida de datos, exploración física, algoritmo de actuación y PC iniciales homogéneas.

Que una vez concluida la sospecha diagnóstica y gravedad del riesgo sean evaluados por el especialista pertinente si se requiere el mismo día.

Disminuir el retraso en las PC necesarias (ecocardiograma, Holter, EDTSA).

Optimizar la indicación de PC.

Disminuir el tiempo de espera para la valoración ambulatoria (máximo 72 horas).

Disminuir el número de ingresos hospitalarios para estudio.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar con facultativos de los Servicios de Urgencias, Cardiología, M.I. y Neurología.

Elaboración de un algoritmo de actuación detallado y distribución entre todos los facultativos de Urgencias.

Adaptación de las agendas de las CCEE de la Unidad de Arritmias de Cardiología, Diagnóstico Rápido de M.I. y

Ecodopler de Neurología para asegurar la posibilidad de citación en un máximo de 72 horas, tanto para la realización de las PC como para la valoración clínica.

INDICADORES

Tras la primera reunión del grupo de trabajo multidisciplinar se hará un análisis de los siguientes indicadores; posteriormente de forma trimestral durante el primer año:

Porcentaje de pacientes con aplicación del algoritmo diagnóstico del total de los pacientes con síncope.

Número y porcentaje de pacientes valorados por Cardiología, Neurología y M.I. en la Urgencia.

Número y porcentaje de pacientes derivados a las CCEE de la Unidad de Arritmias de Cardiología, Neurología y M.I. desde la Urgencia.

Tiempo medio transcurrido desde la llegada a Urgencias hasta ser atendidos en las CCEE de dichos Servicios.

Pruebas realizadas en total: número de ecocardiogramas, Holters, EDTSA, mesa basculante por el total de pacientes estudiados.

Comparación del total de pruebas realizadas con las realizadas el mismo periodo del año anterior.

Comparación del total de pacientes ingresados en cada servicio respecto del mismo periodo del año anterior.

Valoración de los diagnósticos ambulatorios.

Valoración de la evolución de todos los pacientes atendidos de forma ambulatoria: repetición del síncope o no en el tiempo de espera de estudio, y consecuencias clínicas si las hubiera.

Cálculo del ahorro generado: estancias hospitalarias, PC.

DURACIÓN

Reunión del grupo de trabajo en Noviembre.

Elaboración de protocolos y algoritmos de Noviembre 2016 a Enero de 2017.

Adecuación de las agendas de las CCEE de Arritmias de Cardiología, Neurología y M.I. en Enero.

Recogida, análisis y puesta en común de los datos a evaluar al final de cada trimestre del 2017.

Difusión del método y resultados en reuniones conjuntas de los 4 servicios en Diciembre del 2017 y en Congresos correspondientes de cada especialidad por medio de comunicaciones cuando se celebren.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1006

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0552

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE LETICIA DE LA CUEVA BARRAO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABOS OLIVARES DOLORES
ARRABAL MARTINEZ YOLANDA
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
BAILLO MASTRAL PABLO
BERMUDO GARCIA EVA
VICENTE REDONDO SONIA
DIAZ DORMIDO ARTURO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ENERO Reunión grupo de trabajo (acta) + Aplicaciones Siemens .(en consulta telefónica).
Análisis con el Servicio de Física y Protección Radiológica de los valores de referencia de exposición disponibles para los estudios de Medicina Nuclear.

-Se acuerda llevar al formulario del HpDoctor el valor de exposición para gammagrafías calculado para adultos y para grupos de edad previamente calculados con las excel de la Soc de Física Médica (SEFM).

-Leticia Lola y Almudena prepararán los valores a partir del listado de exploraciones del HpDoctor que enviará Pablo. Las exposiciones pediátricas se calcularán para media peso/edad que se consultarán con el Servicio de Pediatría.

•Análisis con Siemens y los Técnicos de Medicina Nuclear las herramientas de exportación de valores de dosis de TC de baja dosis.

- Siemens: el equipo Symbia T puede enviar a PACS registro de dosis generada por CT

- Los Técnicos Eva, Sonia y Arturo, configurarán los protocolos de Symbia para que la información del valor de DLP vaya a PACS ("protocolo de paciente").

- No es posible comunicar PACS y HpDoctor, por lo que por el momento no parece posible llevar de forma automática el valor de exposición del TC al informe médico: Pablo creará en el formulario un campo para seleccionar uno, dos o tres TC (cabeza/tórax/abdomen), de forma que el FEA escriba la DLP, se calcule la exposición y se sume a la de MN.

- Almudena facilitará los valores (coeficientes) y fórmula para el cálculo de estas dosis, que se calculan en función del KV, edad y órgano.

•Dosis en el informe médico

- Se incluirá en el informe médico la dosis de la exploración y la dosis acumulada, indicando la fecha en que se haya recibido

- Lola se encargará de comunicar al Jefe de Archivos/Historias los cambios que es necesario hacer en historia electrónica.

FEBRERO
comunicación electrónica al grupo de trabajo del avance del objetivo: Servicio de Pediatría: Estándares longitudinales de los niños españoles normales. M. Pombo. Tratado de endocrinología pediátrica España: McGraw-Hill Interamericana 2010

MARZO

Se trabaja con

-Física la fuente a utilizar para el cálculo dosimétrico y la estimación de dosimetría

-Informática: el formulario de HpDoctor. En junio se probará formulario.

-Siemens: coeficientes para el cálculo de dosis TC

JUNIO

-Se expone el desarrollo del proyecto en Sesión en MN (Dra De la Cueva)

-Se informa a DR. Moreno, Jefe de la Unidad de Documentación Clínica y archivos de la necesidad de modificar el formulario e informe clínico de MN.

-Informática da acceso al formulario en pruebas del HpDotor a los FEA y MIR de MN

-Sin incidencias en el funcionamiento del formulario

JULIO

-Se elabora para Citación tabla completa de dosis pediátricas por peso y hoja de cálculo que se ubica en red (Anexo 9 del PGC_MN) y carpeta del Proceso de citación.

-Se elabora formulario Excel para secretaría con herramienta de consulta de dosis pediátrica.

SEPTIEMBRE

-Se elabora carta para difusión del proyecto, que se envía por mail a Jefes de Servicio

-Reunión informativa con DUE y Técnicos de MN

-Mail a FEAs y MIRs MN recordando sistemática formulario nuevo

OCTUBRE

-Entra en funcionamiento el formulario con informe dosimétrico

DICIEMBRE

-Actualización de la documentación ISO con las modificaciones en el PO-01_Z2(E)_MN_Proceso de citación y PO-02_Z2(E)_MN_Proceso diagnóstico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0552

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

PROBLEMAS DETECTADOS EN SU DESARROLLO

No es posible comunicar PACS y HpDoctor, por lo que por el momento no parece posible llevar de forma automática el valor de exposición del TC al informe médico: Pablo creará en el formulario un campo para seleccionar uno, dos o tres TC (cabeza/tórax/abdomen), de forma que el FEA escriba la DLP, se calcule la exposición y se sume a la de MN.

Octubre: Se detecta error en la generación de dosis histórica; se corrige

Diciembre: Se detecta error en exploraciones pediátricas de G ósea en pacientes con bajo peso; se corrige

Diciembre. El informático responsable del proyecto -Pablo Bailo- es desplazado de su puesto de trabajo. El equipo de trabajo desconoce la viabilidad de las mejoras necesarias para actualizar el Proceso; a corto plazo incorporación de un equipo SPECT-TC con TC de 6 cortes y a medio de un PET-TC con TC de 32 cortes, que requerirán modificaciones en el formulario de HpDoctor.

RESULTADOS

Cumplimentación de calendario

Indicador: 100%

Muestreo de conveniencia de informes

Indicador: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Elevado nivel de satisfacción en el grupo de trabajo por haber conseguido el objetivo, a pesar de las adversidades:

1. Dificultades técnicas: los sistemas informáticos de SALUD, PACS/HIS/RIS/HpDoctor tienen incompatibilidades difíciles de sortear

2. Vacío institucional

2.1 Nadie desde SALUD ha parecido preocupado o ha contactado con MN para facilitar el obligado cumplimiento de una norma europea, objetivo de esta acción de mejora que, a más a más, forma o formaba parte de un compromiso con los usuarios: llevar el historial dosimétrico a la "Carpeta de Salud"

2.2 Silencio y ausencia de iniciativa desde la Sociedad Española de Medicina Nuclear para desarrollar herramientas comunes de estimación dosimétrica para el cumplimiento legal

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/552 ===== ***

Nº de registro: 0552

Título
INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

Autores:
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA, ABOS OLIVARES MARIA DOLORES, ARRABAL MARTINEZ YOLANDA, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, BAILO MASTRAL PABLO, BERMUDO GARCIA EVA MARIA, DIAZ DORMIDO ARTURO, VICENTE REDONDO SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Todas

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con el objetivo de conseguir la satisfacción de sus clientes -pacientes y profesionales- y con la mejora continua con herramienta fundamental y base de su política de calidad, el Servicio de Medicina Nuclear del HUMS mantiene desde 2011 la acreditación de su SGC bajo la norma ISO 9001:2008

Para el año 2017 y como objetivo de los Procesos clave Diagnóstico y Terapéutico, en el marco de la estrategia de seguridad de pacientes, el Servicio se plantea gestionar el cumplimiento de la Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo Europeo que regula las normas de seguridad básicas para la protección frente al riesgo derivado de la exposición a radiaciones ionizantes en los Estados miembros y que establece que, las disposiciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0552

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

legales, reglamentarias y administrativas necesarias para dar cumplimiento a sus directrices han de estar en vigor "a más tardar el 6 de febrero de 2018". Entre ellas, se incluye la obligatoriedad de justificar la exposición a dosis médicas, informar a los pacientes y registrar y notificar las dosis de exposición de los procedimientos. El Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Miguel Servet recoge en la historia electrónica de cada paciente la dosis de radiofármaco (mCi) administrada en cada procedimiento desde el año 2008, en el que se implementó la realización de informes clínicos en HpDoctor. Sin embargo, en su artículo 58, la Directiva 2013/59/Euratom establece la obligación de incluir en el informe del procedimiento la información relativa a la exposición (dosis equivalente efectiva -mSv-) como valor para el historial dosimétrico que permita al prescriptor disponer de información a la hora de tomar decisiones sobre pruebas complementarias, al Médico Nuclear cumplir los principios de justificación, optimización y control de dosis y que asegure al paciente su derecho a la información. Servicios de salud de algunas comunidades autónomas ya trabajan hace unos años no solo el registro de exposiciones sino el acceso individual de los pacientes a esta información. En nuestro caso, partiendo del proyecto de acceso a la historia individual "Carpeta de Salud" en el que SALUD ya está trabajado, un primer paso puede ser la incorporación del valor de exposición de cada procedimiento en la historia electrónica a través del informe de la exploración en HpDoctor.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo de procesos ISO 9001:2008, en el marco de la estrategia de seguridad de pacientes: implementación del historial dosimétrico para procedimientos de Medicina Nuclear, en cumplimiento de la Directiva 2013/59/Euratom para la protección de la exposición a radiaciones ionizantes, incorporando el valor de exposición de cada procedimiento en la historia electrónica a través del informe de la exploración de Medicina Nuclear.

MÉTODO

1. Análisis con el Servicio de Física y Protección Radiológica de los valores de referencia de exposición disponibles para los estudios de Medicina Nuclear.
2. Análisis con Siemens y con los Técnicos de Medicina Nuclear de las herramientas de exportación de valores de dosis de TC de baja dosis.
3. Análisis con el Servicio de Informática del HUMS de la posibilidad de incorporar el valor de exposición, vinculado a un campo en HpDoctor, con cálculo automático a partir de la edad y dosis.
4. Implementación
5. Puesta en marcha en pruebas
6. Comunicación al personal del Servicio: Jefatura de Servicio
7. Puesta en marcha y difusión del proyecto
8. Evaluación: responsable de calidad

INDICADORES

1. Cumplimentación de calendario con registro en acta de las iniciativas y avances de las reuniones del grupo de trabajo: enero y mayo 2017
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 2017 (10 informes de cada semana).
Indicador: (Nº informes con registro de dosimetría en HpDoctor/total informes)*100
Estándar: 100%
Objetivo: 95%

DURACIÓN

1. Enero 2017: Reunión del grupo de trabajo
 - a. Análisis de la situación y necesidades
 - b. Valoración apoyo técnico aplicaciones Siemens
 - c. Asignación de tareas y calendario
2. Enero-mayo 2017:
 - a. Desarrollo
 - b. Reunión del grupo de trabajo
3. Junio 2017: pruebas en HpDoctor
4. Septiembre 2017
 - a. Reunión informativa a los profesionales de MN
 - b. Puesta en marcha
 - c. Difusión
5. Diciembre 2017
 - a. Evaluación
 - b. Reunió de cierre o acciones de mejora en caso necesario

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0552

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0891

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS HERNANDEZ NAVARRETE
· 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.

CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL
GIMENEZ JULVEZ TERESA
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA
MARCO MARTINEZ MARIA PILAR
GARCIA NAVALON PILAR
TABUENCA ARCE MARIA LUISA
VAZQUEZ HEREDIA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el apartado Mejorar de la gestión de citación:

1. Se ha definido una agenda según tiempo disponible, derivaciones de pacientes y tipo de consulta
2. Se ha escrito el procedimiento de citación
3. No se ha incluido la agenda del servicio de admisión del hospital.

En el apartado Mejorar la continuidad de cuidados

1. Se ha elaborado un modelo de informe de atención de la consulta de pacientes de riesgo, con la información completa y ordenada de la atención al paciente.
2. NO Implementar el informe en HP Doctor, ya que para que eso se implemente tiene que haber agenda abierta en el servicio de admisión del hospital.
3. Se ha tenido que incorporar un informe de respuesta de desestimación de vacunación frente a neumococo a consecuencia de la Instrucción del Gerente del Servicio Aragonés de Salud del 6 de octubre de 2016

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El formato de informe se ha implementado en un total de 501 informes de vacunación (254 en el primer semestre y 247 en el segundo), mejorando la calidad de la información dirigida a especialista y médico de familia. El estándar sobre lo previsto ha sido del 100%.

26 informes de desestimación de vacuna neumococo sobre 58 solicitudes.

Los resultados han sido 0% en la inclusión de agenda dentro del sistema y que el informe se visualice en HP doctor en la Intranet del sector.

El resultado global es de 50%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Del grupo de trabajo de 7 personas, 5 personas no se encuentran dentro del grupo por razones temporales (2) o permanentes (3). El desarrollo de cualquier proyecto con la política de RRHH de la organización, dificulta el desarrollo.

Durante el periodo de 2017, 6 profesionales han entrado y salido de la estructura organizativa de la consulta. Aún con todo la calidad de la información ha mejorado significativamente, y resta mejorar la cobertura, que se abordará el próximo año con la introducción en la intranet del sector

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/891 ===== ***

Nº de registro: 0891

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Autores:
HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, GIMENEZ JULVEZ TERESA, VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, MARCO MARTINEZ MARIA PILAR, GARCIA NAVALON PILAR, TABUENCA ARCE MARIA LUISA, VAZQUEZ HEREDIA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0891

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Vacunación en grupos de riesgo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la auditoría interna del SGC, se identificó como área de mejora la gestión de la consulta de vacunación a grupos de riesgos, incluyendo la informatización del informe de consulta en el HP Doctor y la inclusión de la agenda de citas en papel en la agenda del hospital. Valorado por el grupo de calidad, se considera un área prioritaria por el impacto para mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes y la gestión de la consulta. Actualmente, la citación a la consulta se realiza en una agenda en papel y una base de datos en Access. La agenda de la consulta de Medicina Preventiva no figura en el sistema informático del hospital, con lo que no se puede realizar una buena explotación de la información de la agenda, otros Servicios no pueden ver las citas pendientes y es difícil identificar los pacientes derivados de compañías, seguros privados, etc, para realizar la facturación a terceros y se duplica el trabajo al citar en papel y tener que meter manualmente la información a la BD en Access.

El otro aspecto fundamental es mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes atendidos. La historia clínica es propia de Medicina Preventiva y no es accesible para los especialistas ni para los médicos de Atención Primaria. La comunicación con los especialistas y médicos de Atención Primaria se realiza a través de un informe fotocopiado en papel que el propio paciente lleva a su especialista. El informe se da una vez realizado el estudio para valorar infección tuberculosa latente y programado el calendario vacunal. Esto lleva a que la comunicación con los especialistas no siempre sea completa, puesto que no sabe qué vacunas se han administrado en un momento concreto o cuál es su estado serológico tras la vacunación, ni es suficientemente rápida ni accesible. Este es un primer paso para la inclusión de toda esta información en la historia clínica electrónica que sería el objetivo final.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la continuidad de cuidados del paciente de riesgo, facilitando la comunicación y la transmisión de la información desde Medicina Preventiva a los especialistas y a Atención Primaria y viceversa en aras de la mejora de la atención del paciente.

Disminuir errores y reducir eventos adversos derivados de revacunaciones innecesarias y errores de administración de vacunas motivados por un mal registro.

Mejorar la gestión de la citación de consulta de vacunación de grupos de riesgo.

MÉTODO

Mejorar la gestión de la citación de consulta de vacunación de grupos de riesgo.

? Definir la agenda para la citación informatizada en el sistema del hospital, según tiempo disponible, derivaciones de pacientes y tipo de consulta para una mayor efectividad y eficiencia. Responsable: Jefa de Sección.

? Escribir el procedimiento de citación, incluyendo tipos de consultas distintas (primeras/sucesivas), posibilidades de derivación... Responsables: Facultativos, enfermeras y TCAE.

? Crear una agenda en el sistema de citaciones del hospital. Responsable: Citaciones.

? Implementar la agenda. Responsable: TCAE consulta.

Mejorar la continuidad de cuidados:

? Elaborar un informe de atención de la consulta de pacientes de riesgo, con la información completa y ordenada de la atención al paciente, en HP Doctor que incluya los resultados de las pruebas realizadas para descartar o diagnosticar infección tuberculosa latente (cuando proceda), la información sobre vacunas administradas o pendientes de administrar y el seguimiento serológico del estado inmunitario del paciente.

? Implementar el informe en HP Doctor.

? Responsables: Jefa Sección y Facultativos del Servicio de Medicina Preventiva

INDICADORES

Indicador 1: Se ha elaborado e implantado una agenda de citación incluida en el sistema de citación informatizada del Hospital para la consulta de Medicina Preventiva que está disponible en la citación del hospital.

Indicador 2: % de pacientes nuevos para los que se ha elaborado un informe de alta en HP Doctor de acuerdo con los criterios definidos

DURACIÓN

Informatización informe de consulta de vacunación de grupos de riesgo: noviembre 2016-marzo 2017

Implementación del informe de evaluación y vacunación en pacientes nuevos: marzo-diciembre 2017

Inclusión agenda hospitalaria de la citación de la Consulta de Medicina Preventiva: primer trimestre 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0891

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL CELORRIO PASCUAL
· 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
GIMENEZ JULVEZ TERESA
CORTES RAMAS ANA MARIA
GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA
TABUENCA ARCE MARIA LUISA
PEREZ FIGUERA GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diseño del estudio: Primer trimestre 2017.

Análisis casuística y determinar alcance para proyecto. Realizado julio 2017.

Se han definido los controles a realizar en función de los microorganismos MR (Consensuado por Servicios de Medicina Preventiva y Microbiología). Julio 2017

Se ha revisado el protocolo de GMR, aprobado por el grupo de calidad de Medicina Preventiva y Microbiología y enviado a UCA ya la Comisión de Infecciones para su aprobación. Aprobado por Comisión de infecciones diciembre de 2017.

Se han revisado las precauciones de contacto en habitación compartida (elaborado documento). Se ha elaborado el material formativo para las Unidades en precauciones e higiene de manos. Diciembre 2017

Recogida de datos: octubre 2017- abril 2018.

•Se han definido las variables a recoger y se ha diseñado una hoja de seguimiento (F-130_Z2(E)M_MP)

•Se ha diseñado una lista de verificación de las precauciones de contacto (F-126_Z2(E)M_MP)

•Se ha iniciado la recogida de datos de contactos.

Formación Servicios y Unidades: Medicina interna, especialidades Médicas, ULME:

•Se ha elaborado el cronograma de formación para 2018

•Se han iniciado las actividades formativas en precauciones e higiene de manos.

•30/1/2018: 5 TCAE y 4 DUES planta 9 y 5 TCAE y 8 DUE planta 10 Medicina Interna

•6/1/2018: Formación en higiene de manos a 20 enfermeras y auxiliares de plantas 9 y 10 del HG, Medicina interna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se está desplegando el proyecto, realizando las actividades previstas en el mismo y recogiendo los datos para calcular los indicadores (ver apartado anterior)

En el momento actual no es posible calcular todavía los indicadores de resultado previstos en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se está implantando según lo previsto, si bien ha habido algún retraso en fechas respecto al calendario inicialmente previsto. Se ha ampliado un año su realización y se ha ampliado el alcance a otras Unidades del Hospital no incluidas inicialmente.

La acogida por parte de los Servicios y Unidades ha sido muy buena y entendemos que tiene mejoras en otros aspectos relacionados con la prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (Seguridad de Pacientes) y la mejora de la eficiencia en la utilización de recursos por encima de lo específico del proyecto. Queda pendiente completar la formación a todas las Unidades incluidas, finalizar la recogida de información, análisis de las oportunidades de mejora y elaboración de propuestas a partir de los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/904 ===== ***

Nº de registro: 0904

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Autores:
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, GIMENEZ JULVEZ TERESA, GUERRERO FERNANDEZ DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

ALBA INMACULADA, LEBRERO ORS PURIFICACION, MARCO MARTINEZ MARIA PILAR, LARRODE PEREZ MARTA, ALCANTARA FERNANDEZ ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención infecciones relacionadas con asistencia sanitaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las resistencias a los antibióticos y el aumento de gérmenes multirresistentes (GMR) se han convertido en un problema de primera magnitud en todo el mundo, motivados por la mayor presión antibiótica y el peor control de la transmisión. En HUMS, al aumento de resistencias se ha unido la incorporación de estrategias de búsqueda activa de GMR mediante los cultivos de vigilancia (pej. en reingresos de pacientes con GMR previos, resistencia Zero en UCIs...) para identificar precozmente a estos pacientes y minimizar la transmisión cruzada; y el uso de criterios microbiológicos más sensibles para considerar un microorganismo como multirresistente. El resultado es un incremento considerable de pacientes con gérmenes multirresistentes a los que es necesario aplicar precauciones para evitar la transmisión.

Las principales Guías internacionales (CDC 2006) recomiendan establecer precauciones de contacto, incluyendo habitación individual o aislamiento de cohortes de forma rutinaria para prevenir y controlar la transmisión de cualquier germen multirresistente. Es conocido que el aislamiento de los pacientes en habitación individual incrementa los costes, aumenta las cargas de trabajo y puede derivar en efectos negativos para el paciente (depresión y ansiedad, angustia, menor tiempo de dedicación del personal sanitario, retrasos y reducción de la calidad de los cuidados, aumento de eventos adversos (sin tener en cuenta infecciones) o menor satisfacción con la asistencia. De forma adicional, la aplicación generalizada de esta medida en hospitales con muy pocas habitaciones individuales implica bloquear camas limitando el ingreso de otros pacientes desde urgencias, ingresando a otros fuera de las Unidades indicadas por falta de disponibilidad de camas, cancelar intervenciones quirúrgicas o dar altas desde Unidades de Cuidados Intensivos a plantas de hospitalización.

Organizaciones de reconocido prestigio de Irlanda y Nueva Zelanda (2012) establecieron criterios para asignar o no habitación individual para pacientes con GMR. Con esta base y con la evidencia de que la aplicación rigurosa de las precauciones estándar y la limpieza y desinfección del medioambiente hospitalario y limpieza, desinfección/esterilización del instrumental clínico son la base para prevenir la transmisión, en 2014 se establecieron en el HUMS unos criterios basados en el tipo de microorganismo y resistencias, presencia de factores del paciente que favorecen la transmisión o riesgo para posibles contactos según el tipo de Unidad, para decidir en qué casos establecer precauciones de contacto compartiendo habitación.

Tras dos años de aplicación de estos criterios, si bien tenemos la percepción de que no han aumentado las infecciones cruzadas en estos casos, no tenemos información precisa sobre tasas de infección o colonización cruzada, qué factores son los que tienen más influencia en la transmisión o cuáles son las dificultades que encuentran en las Unidades para aplicar estas medidas.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Mejorar la gestión de los aislamientos de pacientes hospitalizados en los que se aíslan gérmenes multirresistentes

Objetivos secundarios

Evaluar los resultados de la aplicación del protocolo de aislamiento de contacto en habitación compartida en pacientes con gérmenes multirresistentes:

- Cuantificar los riesgos para los pacientes con los que comparten habitación de establecer precauciones de contacto en habitación compartida.
- Identificar los factores de riesgo asociados a la transmisión.
- Identificar los principales problemas que generan este tipo de aislamientos en las Unidades.

Revisar el protocolo en función de las áreas de mejora detectadas para mejorar la eficiencia en la utilización de recursos (reducir camas bloqueadas..), mejorar la seguridad del paciente adecuando las medidas en función de los riesgos (para reducir la transmisión cruzada) y evitar los efectos negativos para el paciente derivados de aislamientos innecesarios.

MÉTODO

Diseñar estudio de evaluación: FEAs

Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: FEAs

Recogida de datos: DUEs, TCAEs

Evaluar los resultados: FEAs

Rediseñar el protocolo: FEAs

INDICADORES

Indicador 1: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han colonizado por ese GMR

Indicador 2: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han infectado por ese GMR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Indicador 3: Se han identificado los factores con mayor peso en el riesgo de transmisión
Obtención datos para cálculo: ficha recogida datos

DURACIÓN

- Diseño del estudio: 1er trimestre 2016
- Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: abril 2016
- Recogida de datos: mayo-diciembre 2016
- Informatización y análisis de los resultados: 1er trimestre 2017
- Revisión del protocolo: 2º trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL CELORRIO PASCUAL
· 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
DEL CURA BILBAO ALICIA
LAPRESTA MOROS CARLOS
CORTES RAMAS ANA MARIA
MARTINEZ GONZALEZ DE UBIETA CAROLINA
GUERRA PILAR
GIMENEZ JULVEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diseño del estudio: Primer trimestre 2017.
Revisión y actualización protocolo de GMR y presentación para su aprobación a la Comisión de Infecciones: junio-diciembre 2017.
Formación personal de Unidades: enero-noviembre 2018.
Observación cumplimiento higiene de manos en los 5 momentos de la OMS: noviembre 2017-diciembre 2018.
Evaluación de la implantación de las precauciones para prevenir la transmisión: enero-diciembre 2018.
Evaluación estructural cumplimiento de las precauciones (listado de comprobación): noviembre 2017-diciembre 2018.
Selección de casos, identificación de contactos, programación de frotis: agosto a diciembre 2018.
Realización de frotis epidemiológicos para evaluar la transmisión: agosto a noviembre 2018.
Recogida y mecanización de datos: agosto-diciembre 2018.
Realización de informes de resultados: noviembre-diciembre de 2018.
Análisis de barreras durante la implantación del proyecto y para su continuidad, realización de informe con barreras identificadas y plan de mejora: diciembre 2018.
Presentación resultados a responsables a las supervisoras de las Unidades: 17 de enero 2019.
Revisión y mejora del protocolo y funcionamiento del proceso: diciembre-enero 2019.

Material elaborado:

Se ha actualizado la cartelería de precauciones de contacto en habitación compartida.
Material formativo en precauciones para prevenir la transmisión, higiene de manos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

• Indicador 1: % de Unidades en las que se ha realizado formación
o Definición: N° de Unidades en las que se ha realizado formación en Higiene de manos y precauciones para prevenir la transmisión/total de Unidades incluidas en el proyecto
? Fuente: registro específico formación
? Meta: >90%
? Resultado: 16/16: 100%
? N° de sesiones formativas realizadas: 30
? N° de profesionales formados: 364

• Indicador 2: % de pacientes con GMR a los que se aplican precauciones de contacto en habitación compartida
o Definición: N° de pacientes con GMR que han compartido habitación/total de pacientes que cumplen criterios para poder compartir habitación
? Fuente: registro específico
? Meta: >90%
? Resultado:
• N° de pacientes con GMR que han compartido habitación: 18
• Total de pacientes que cumplen criterios para poder compartir habitación: 40
• % de pacientes que han compartido habitación: 45%.

• Indicador 3: % de estancias en la segunda cama utilizadas
o Definición: N° de estancias en la segunda cama utilizadas /total de estancias posibles en la segunda cama si siempre se hubieran aplicado las precauciones en habitación compartida
? Fuente: registro específico
? Meta: >70%
? Resultado:
• N° de estancias utilizadas en el periodo:150
• N° de estancias posibles: 753
• % de estancias aprovechadas: 20%

• Indicador 4: Porcentaje de contactos que se han colonizado por el GMR
o Definición: N° de pacientes colonizados/total de contactos a riesgo.
? Fuente: registro propio. Informes microbiología.
? Meta: <10%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

- ? Resultado:
- N° de contactos colonizados: 0
- Total de contactos a riesgo: 26
- % de contactos colonizados por GMR: 0%
- Indicador 5: Porcentaje de contactos que se han infectado por el GMR
- o Definición: N° de pacientes infectados/total de contactos a riesgo.
- ? Fuente: registro específico
- ? Meta: <5%
- ? Resultado:
- N° de contactos infectados: 0
- Total de contactos a riesgo: 26
- % de contactos infectados por GMR: 0%

Valoración de resultados

Desde el punto de vista de la eficiencia, la aplicación de la estrategia de aplicar precauciones de contacto en habitación compartida mediante un sistema de selección de pacientes en función del riesgo de transmisión, nos hubiera permitido ganar un máximo 753 estancias en el periodo de agosto a diciembre de 2018. La utilización de las camas generadas ha supuesto una ganancia real de 150 estancias en el periodo seguido, si bien el porcentaje de aprovechamiento de las estancias generadas ha sido sólo del 20%, por debajo de las metas inicialmente marcadas. El otro aspecto fundamental a evaluar, el de la seguridad del paciente, nos ha permitido constatar que ningún paciente se ha colonizado ni infectado por el mismo GMR del caso en el periodo seguido, lo que es un importante resultado para confirmar la seguridad de la estrategia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades formativas se han valorado positivamente tanto por los Servicios/Unidades como por parte de Medicina Preventiva, puesto que se consideran fundamentales tanto para la mejora el cumplimiento de las precauciones para prevenir la transmisión cruzada de gérmenes multirresistentes, como para el feed-back de información entre Servicios y Unidades. En este sentido, se van a continuar en 2019 como parte de la estrategia de mejora establecida.

El análisis de barreras, realizado con informadores clave, nos ha permitido identificar los aspectos que generan más dificultades y resistencias para aplicar esta estrategia y se han definido medidas para mejorar el cumplimiento de las precauciones y la utilización de las estancias en 2019.

La formación y la difusión de los resultados a los Servicios/Unidades ha generado tranquilidad en los profesionales en cuanto a los riesgos percibidos para los contactos, reforzando la idea de que es una estrategia segura con los criterios y precauciones indicadas.

Aunque el seguimiento del proyecto supone un aumento de cargas de trabajo en el Servicio de Medicina Preventiva, dado el interés del mismo y con objeto de evaluar las acciones de mejora implantadas, se van a continuar monitorizando los resultados en 2019.

Como aspectos pendientes, creemos que sería interesante establecer una estrategia informativa a pacientes y cuidadores, que despeje dudas sobre las medidas tomadas y los riesgos para los contactos.

Desde el punto de vista de la replicación, creemos que puede ser perfectamente aplicable a otros hospitales, previo el oportuno análisis de las circunstancias particulares de cada Centro y con la estrategia de despliegue adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/904 ===== ***

N° de registro: 0904

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Autores:
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, GIMENEZ JULVEZ TERESA, GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA, LEBRERO ORS PURIFICACION, MARCO MARTINEZ MARIA PILAR, LARRODE PEREZ MARTA, ALCANTARA FERNANDEZ ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Otro Tipo Patología: Prevención infecciones relacionadas con asistencia sanitaria

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las resistencias a los antibióticos y el aumento de gérmenes multirresistentes (GMR) se han convertido en un problema de primera magnitud en todo el mundo, motivados por la mayor presión antibiótica y el peor control de la transmisión. En HUMS, al aumento de resistencias se ha unido la incorporación de estrategias de búsqueda activa de GMR mediante los cultivos de vigilancia (pej. en reingresos de pacientes con GMR previos, resistencia Zero en UCIs...) para identificar precozmente a estos pacientes y minimizar la transmisión cruzada; y el uso de criterios microbiológicos más sensibles para considerar un microorganismo como multirresistente. El resultado es un incremento considerable de pacientes con gérmenes multirresistentes a los que es necesario aplicar precauciones para evitar la transmisión.

Las principales Guías internacionales (CDC 2006) recomiendan establecer precauciones de contacto, incluyendo habitación individual o aislamiento de cohortes de forma rutinaria para prevenir y controlar la transmisión de cualquier germen multirresistente. Es conocido que el aislamiento de los pacientes en habitación individual incrementa los costes, aumenta las cargas de trabajo y puede derivar en efectos negativos para el paciente (depresión y ansiedad, angustia, menor tiempo de dedicación del personal sanitario, retrasos y reducción de la calidad de los cuidados, aumento de eventos adversos (sin tener en cuenta infecciones) o menor satisfacción con la asistencia. De forma adicional, la aplicación generalizada de esta medida en hospitales con muy pocas habitaciones individuales implica bloquear camas limitando el ingreso de otros pacientes desde urgencias, ingresando a otros fuera de las Unidades indicadas por falta de disponibilidad de camas, cancelar intervenciones quirúrgicas o dar altas desde Unidades de Cuidados Intensivos a plantas de hospitalización.

Organizaciones de reconocido prestigio de Irlanda y Nueva Zelanda (2012) establecieron criterios para asignar o no habitación individual para pacientes con GMR. Con esta base y con la evidencia de que la aplicación rigurosa de las precauciones estándar y la limpieza y desinfección del medioambiente hospitalario y limpieza, desinfección/esterilización del instrumental clínico son la base para prevenir la transmisión, en 2014 se establecieron en el HUMS unos criterios basados en el tipo de microorganismo y resistencias, presencia de factores del paciente que favorecen la transmisión o riesgo para posibles contactos según el tipo de Unidad, para decidir en qué casos establecer precauciones de contacto compartiendo habitación.

Tras dos años de aplicación de estos criterios, si bien tenemos la percepción de que no han aumentado las infecciones cruzadas en estos casos, no tenemos información precisa sobre tasas de infección o colonización cruzada, qué factores son los que tienen más influencia en la transmisión o cuáles son las dificultades que encuentran en las Unidades para aplicar estas medidas.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Mejorar la gestión de los aislamientos de pacientes hospitalizados en los que se aíslan gérmenes multirresistentes

Objetivos secundarios

Evaluar los resultados de la aplicación del protocolo de aislamiento de contacto en habitación compartida en pacientes con gérmenes multirresistentes:

- Cuantificar los riesgos para los pacientes con los que comparten habitación de establecer precauciones de contacto en habitación compartida.

- Identificar los factores de riesgo asociados a la transmisión.

- Identificar los principales problemas que generan este tipo de aislamientos en las Unidades.

Revisar el protocolo en función de las áreas de mejora detectadas para mejorar la eficiencia en la utilización de recursos (reducir camas bloqueadas..), mejorar la seguridad del paciente adecuando las medidas en función de los riesgos (para reducir la transmisión cruzada) y evitar los efectos negativos para el paciente derivados de aislamientos innecesarios.

MÉTODO

Diseñar estudio de evaluación: FEAs

Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: FEAs

Recogida de datos: DUEs, TCAEs

Evaluar los resultados: FEAs

Rediseñar el protocolo: FEAs

INDICADORES

Indicador 1: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han colonizado por ese GMR

Indicador 2: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han infectado por ese GMR

Indicador 3: Se han identificado los factores con mayor peso en el riesgo de transmisión

Obtención datos para cálculo: ficha recogida datos

DURACIÓN

- Diseño del estudio: 1er trimestre 2016

- Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: abril 2016

- Recogida de datos: mayo-diciembre 2016

- Informatización y análisis de los resultados: 1er trimestre 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

- Revisión del protocolo: 2º trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0283

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ANA ISABEL LOPEZ CALLEJA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NUÑEZ MEDINA ROSSI
GOMARA LOMERO MARTA
FERRER CERON ISABEL
VICENTE VILLANUEVA MERCEDES
CAPAPE CLEMENTE MARIA JOSE
MARCEN SERRANO ALICIA
SANZ BAGUENA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas
Se han cumplido las acciones según el calendario propuesto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han actualizado los procedimientos necesarios, se han implantado los controles de calidad necesarios, y con fecha noviembre de 2017 la Sección de Antibióticos fue auditada por ENAC de forma satisfactoria, sin ninguna observación ni no conformidad, por lo que el mantenimiento del alcance de acreditación y su ampliación han sido conseguidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las tareas de calidad son duras de implantar y suponen un sobreesfuerzo añadido, pero que permiten la mejora de la calidad y el reconocimiento de la competencia técnica en cuanto a los resultados emitidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/283 ===== ***

Nº de registro: 0283

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL, NUÑEZ MEDINA ROSSI, GOMARA LOMERO MARTA, FERRER CERON ISABEL, VICENTE VILLANUEVA MERCEDES, CAPAPE CLEMENTE MARIA JOSE, MARCEN SERRANO ALICIA, SANZ BAGUENA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0283

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Antibióticos, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance acreditado:

- PTA-50_Z2(E)M_L-MB Identificación de microorganismos mediante espectrometría de masas (Maldi-tof, proteómica)
- PTA-51_Z2(E)M_L-MB Identificación y sensibilidad antibiótica por método automatizado Microscan Walkaway
- PTA-52_Z2(E)M_L-MB Sensibilidad antibiótica: método de difusión con discos y test de epsilon (e-test)

Ampliación del alcance de acreditación para:

- Detección fenotípica de mecanismos de resistencia en Gram negativos

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: Septiembre 2016

Fecha de finalización: Noviembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: sep 16-enero 17
- Formación y Cualificación del personal implicado: todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: sep 16-enero 17
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0283

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0322

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN SAHAGUN PAREJA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREIRA BOAN JAVIER
MORILLA MORALES ELENA
ELU ESCALANTE MARGARITA
FERNANDEZ SIMON REBECA
ABADIA CARCAS INES
FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
-Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
-Formación y Cualificación del personal implicado
-Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
-Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
-Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mantenimiento de la Acreditación ISO 15189 para el alcance:
- DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ASPIRADO
TRAQUEAL Y MUESTRAS OBTENIDAS POR IBROBRONCOSCOPIA

Nueva acreditación para los siguientes alcances:

- DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ESPUTO (CULTIVO).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proceso de acreditación mejora la calidad de los resultados ofrecidos a los clínicos desde los laboratorios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/322 ===== ***

Nº de registro: 0322

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE RESPIRATORIO,
SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
SAHAGUN PAREJA JUAN, PEREIRA BOAN JAVIER, MORILLA MORALES ELENA, ELU ESCALANTE MARGARITA, FERNANDEZ SIMON REBECA,
ABADIA CARCAS INES, FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0322

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

PROBLEMA

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, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Respiratorio, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance acreditado; DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ASPIRADO TRAQUEAL Y MUESTRAS OBTENIDAS POR FIBROBRONCSCOPIA y ampliación del alcance de acreditación para DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ESPUTO.

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

1er indicador: Mantener actualizados los registros técnicos y de calidad. Indicador: N° de registros actualizados / N° de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: 01/09/2016
Fecha de finalización: 01/12/2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: 01/09/2016-31/10/2016
- Formación y Cualificación del personal implicado: 01/11/2016-31/12/2016
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: 01/11/2016
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: 01/11/2016
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 01/09/2016
- Evaluación y seguimiento de indicadores: 01/11/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0351

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES ROC ALFARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR
OMENACA TERES MANUEL
MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN
GARCIA GALLO MATILDE
RODRIGUEZ CASTEL ANA MARIA
GOMEZ AURIA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha seguido trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en la Sección de Serología, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.
La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.
Se han seguido actualizando todos los protocolos de trabajo, en función de los cambios que hayan podido surgir. Actualizado los registros que hayan sido necesarios y hemos continuado la realización de los controles internos y externos tanto nacionales como internacionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizó una auditoria externa por ENAC en Noviembre de 2017, se mantuvo la acreditación con respecto a todos los objetivos propuestos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esto implica una garantía para los pacientes en cuanto a los resultado obtenidos en esas tecnicas.
Se ha implicado al personal tecnico en la realización y consecución de los objetivos de calidad, consiguiendo una mejor formación y cohesión del trabajo en equipo.
Se ha conseguido una informatización total en las diferentes pasos del trabajo rutinario que minimizan lo errores y problemas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/351 ===== ***

Nº de registro: 0351

Título
MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
ROC ALFARO MARIA LOURDES, VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR, OMEÑACA TERES MANUEL, MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN, GARCIA GALLO MATILDE, RODRIGUEZ CASTEL ANA MARIA, GOMEZ AURIA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0351

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACREDITACION ISO 15189
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de 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, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Serología, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance acreditado:

- PTA-40_Z2(E)M_L-MB Determinacion de marcadores serológicos frente al virus de la Hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) por electroquimioluminiscencia en el autoanalizador Cobas e 411
- PTA-41_Z2(E)M_L-MB Determinacion de marcadores serológicos frente al virus de la Hepatitis A (VHA), Hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) por quimioluminiscencia en el analizador Advia Centauro
- PTA-42_Z2(E)M_L-MB Determinacion de anticuerpos frente a Toxoplasma, Rubeola, Lúes, Citomegalovirus, Epstein Barr y Herpes Simple, por quimioluminiscencia en el autoanalizador Immulite.

MÉTODO

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

1º indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3º indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Fecha de finalización: Noviembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: octubre 2016-febrero 2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: todo el periodo

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0351

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0384

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE CONCEPCION LOPEZ GOMEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
FERNANDEZ ESGUEVA MARTA
ESPAÑA HERNANDEZ MARIA LUISA
AGUDO MORALES CELIA
MENDEZ GARCIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance.
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mantenido las actividades acreditadas previamente.
Se han acreditado las nuevas actividades propuestas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la validación de la nueva acreditación se ha comprobado el correcto funcionamiento de los medios selectivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/384 ===== ***

Nº de registro: 0384

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, FERNANDEZ ESGUEVA MARTA, VALENZUELA MENA JULIA, ESPAÑA HERNANDEZ MARIA LUISA, AGUDO MORALES CELIA, MENDEZ GARCIA CRISTINA, RUIZ ANDRES MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Norma ISO 15189
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de 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, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0384

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de EPIDEMIOLOGÍA, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance acreditado Detección de Staphylococcus aureus resistente a Meticilina por cultivo en muestras de vigilancia epidemiológica.

Ampliación del alcance de acreditación para: CRIBADO DE BACTERIAS MULTIRESISTENTES EN MUESTRAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance.
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas.

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos.
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores.

INDICADORES

1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Fecha de finalización: Diciembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado.
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada.
- Evaluación y seguimiento de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0468

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL FERRER CERON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA
CALVO MARTIN SONIA
PINILLA MAINAR CLARA
MANDARU ELENATEL
MARCEN SERRANO ALICIA
OTAL SAURAS ESMERALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: PTA-60_Z2(E)M_L-MB y PTA-61_Z2(E)M_L-MB

- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad. Se ha realizado y se ha pasado la acreditación de calidad por ENACsegún la norma ISO 15189.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo alcanzado 97% de registros actualizados

2º indicador: Se ha realizado formación al 100% del personal adscrito al proyecto y a la sección tanto facultativos, residentes y personal TEL.

3er indicador: Se han mantenido actualizados los procedimientos técnicos de análisis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HEMOS ACTUALIZADO EL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS Y EL PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE INFECCIONES OSTEOARTICULARES INCLUYENDO LAS PROTESIS ORTOPEDICAS.

tenemos que seguir trabajando junto a los Médicos de Atención Primaria y el personal de Enfermería para mejorar la indicación y toma de muestras de las úlceras de decúbito y úlceras crónicas.

La sección mantendrá la actividad en el diagnóstico de las infecciones de piel y partes blandas, mejora del diagnóstico de la infección de prótesis con el uso de la sonicación y mejora de los criterios de interpretación de la infección de heridas y úlceras.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/468 ===== ***

Nº de registro: 0468

Título
MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
FERRER CERON ISABEL, FERNANDEZ ESGUEVA MARTA, MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA, CALVO MARTIN SONIA, PINILLA MAINAR CLARA, MANDARU ELENA, MARCEN SERRANO ALICIA, OTAL SAURAS ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0468

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Exudados, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance acreditado:

o PTA-60_Z2(E)M_L-MB "Diagnóstico microbiológico de infección osteoarticular e intraabdominal"
o PTA-61_Z2(E)M_L-MB "Diagnóstico de infección de tejidos superficiales"

MÉTODO

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre-2016

Fecha de finalización: Octubre-2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: Octubre 2016- Febrero 2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: Todo el período
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: Todo el período
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: Todo el período
- Evaluación y seguimiento de indicadores: Septiembre-Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0468

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0507

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). SERVICIO MICROBIOLOGIA. HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE BLANCA FORTUÑO CEBAMANOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑUELAS BAYON JESUS
FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ
ALARCON DABAD CLARA
MONTES LASHERAS JARA
PEREIRA BOAN JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ampliación del alcance de acreditación para diagnóstico microbiológico de la colonización-infección broncopulmonar en el paciente con fibrosis quística (Norma ISO 15189).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Redacción e implementación del nuevo Procedimiento Técnico de Análisis para la ampliación del alcance PTA-69_Z2_E_M_L-MB, disponible en la documentación en vigor del Sistema de Calidad de los Laboratorios Clínicos del Salud en la Plataforma para la Calidad Asistencial.
Formación y cualificación del personal implicado
Cumplimentación de los registros técnicos y de Calidad
Implantación del control de calidad interno y externo para la actividad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha acreditado la actividad en el laboratorio que proporciona el diagnóstico Microbiológico en muestras respiratorias (esputo y frotis faríngeo) de los pacientes afectados de fibrosis quística atendidos en el HUMS y su área de influencia. Dicha actividad proporciona información para orientar el diagnóstico etiológico de la colonización/infección broncopulmonar, el tratamiento antibiótico y el control de dicho tratamiento.
Se realizará seguimiento de dicha actividad mediante las correspondientes auditorías internas y externas y el análisis de los indicadores de calidad establecidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/507 ===== ***

Nº de registro: 0507

Título
AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). Sº MICROBIOLOGIA. HUMS

Autores:
FORTUÑO CEBAMANOS BLANCA, VIÑUELAS BAYON JESUS, FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ, ALARCON DABAD CLARA, MONTES LASHERAS JARA, PEREIRA BOAN JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha llevado a cabo en la Sección de Respiratorio del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0507

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). SERVICIO MICROBIOLOGIA. HUMS

"Miguel Servet" de Zaragoza.

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, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Secciones de Respiratorio y de Micobacterias, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliación del alcance de acreditación para DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA COLONIZACIÓN-INFECCIÓN BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA

MÉTODO

- Redacción del nuevo Procedimiento Técnico de Análisis para la ampliación del alcance
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para la nueva actividad acreditada

INDICADORES

1er Ampliación del alcance de acreditación. Realizado SI/NO

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3 er indicador: Diseño de control interno SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: 01/09/2016

Fecha de finalización: 01/12/2017

- Realización del Procedimiento Técnico de Análisis: 04/2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: 04/2017
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: 06/2017
- Implantación del control de calidad interno y externo para la nueva actividad acreditada: 06/2017
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 06/2017
- Evaluación y seguimiento de indicadores: 12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0509

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE JESUS VIÑUELAS BAYON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAHAGUN PAREJA JUAN
FERNANDEZ SIMON REBECA
ABADIA CARCAS INES
ELU ESCALANTE MARGARITA
ALARCON DABAD CLARA
MONTES LASHERAS JARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE REVISARON Y ACTUALIZARON TODOS LOS PTAs DE LA SECCIÓN (6) AUMENTÁNDOSE UN ALCANCE (PTA-36_Z2(E)M_L-MB) QUE POSTERIORMENTE TAMBIÉN FUE REVISADO (15/03/2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EN LA AUDITORÍA EXTERNA DE ENAC, EN JUNIO DE 2016, TODAS LAS ACREDITACIONES PREVIAS FUERON CONFIRMADAS Y SE CONSIGUIÓ LA AMPLIACIÓN DE ALCANCE DEL PTA-36_Z2(E)M_L-MB.
EN LA AUDITORÍA DE ENAC DE NOVIEMBRE DE 2017 TODAS LAS ACREDITACIONES FUERON CONFIRMADAS SIN NINGUNA NO CONFORMIDAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL MANTENIMIENTO DE LAS ACREDITACIONES Y LA AMPLIACIÓN DE ALCANCES EXIGE UN CONTÍNUO ESFUERZO POR PARTE DE TODO EL EQUIPO DE TRABAJO IMPLICADO EN LA SECCIÓN. EL MANTENER CONSTANTEMENTE EL OBJETIVO DE MEJORA CONTÍNUA DE LA CALIDAD DEL TRABAJO DIARIO, HACE QUE TODO EL PERSONAL SE ENCUENTRE IMPLICADO Y SEA CONSCIENTE DE LA IMPORTANCIA DE CUIDAR LOS DETALLES AL MÁXIMO. ESTE ESFUERZO SE VE RECOMPENSADO CUANDO SE PASA LA AUDITORÍA CON LA SUFICIENCIA QUE SE HA LOGRADO Y EL RECONOCIMIENTO DEL AUDITOR.
ESTE ES UN TRABAJO QUE, POR SU PROPIA NATURALEZA, DEBE SEGUIR ACTIVO PERMANENTEMENTE

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/509 ===== ***

Nº de registro: 0509

Título

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:

VIÑUELAS BAYON JESUS, SAHAGUN PAREJA JUAN, FERNANDEZ SIMON REBECA, ABADIA CARCAS INES, ELU ESCALANTE MARGARITA, ALARCON DABAD CLARA, MONTES LASHERAS JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0509

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance acreditado: TINCIÓN DE ZIEHL NEELSEN Y DE KINYOUN, SIEMBRA Y CULTIVO EN MEDIO LÍQUIDO Y HEMOCULTIVOS DE MICOBACTERIAS, IDENTIFICACIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS POR INMUNOANÁLISIS CROMATOGRÁFICO, IDENTIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS MEDIANTE ESPECTROMETRÍA DE MASAS (MALDI-TOF) Y MEDIANTE ANÁLISIS GENÉTICO, DETECCIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMPLEX MEDIANTE REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR), y ampliación del alcance de acreditación para ANTIBIOGRAMA DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN MEDIO LÍQUIDO.

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para la nueva actividad acreditada.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

INDICADORES

1er Indicador: Ampliación del alcance de acreditación. Realizado SI/NO

2º indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

3 er indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

4º indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: 01/09/2016

Fecha de finalización: 01/12/2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: 12/2016
- Formación y Cualificación del personal implicado: 12/2016
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: 12/2016
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: 04/2017
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 12/2017
- Evaluación y seguimiento de indicadores: 12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0563

1. TÍTULO

ASESORAMIENTO MICROBIOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE GLORIA MARTIN SACO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL
NUÑEZ MEDINA ROSSI
ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR
JIMENO CARREY SONIA
PEIRO MURILLO BEATRIZ
MAZA INVERNON ANA CRISTINA
JERICO CLAVERIA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Contactar con los centros de Atención Primaria de los sectores I y II.
Reunión con coordinadores previa a la puesta en marcha del proyecto y reuniones parciales para el seguimiento.

- Formación en los centros de Atención Primaria (seminarios formato corto sobre la toma de las principales muestras de interés en Atención Primaria, revisión del mapa de resistencias bacterianas, información sobre pruebas rápidas, informes preliminares...)

- Ofrecer canal de comunicación a través de una línea de teléfono de atención continuada con horario por definir y correo electrónico directo entre los centros de salud y Microbiología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º Indicador: Llamadas registradas y consultas en el correo electrónico.

Hemos tenido 75 llamadas entrantes y hemos hecho 14 llamadas desde el Servicio de Microbiología a la línea habilitada para el proyecto (142178), desde el día 3 de marzo, que se puso en funcionamiento, hasta el 11 de octubre de 2017.

Aunque se han seguido utilizando las líneas telefónicas habituales del Servicio de Microbiología, que no se han podido contabilizar.

No se han recibido consultas al correo electrónico.

2º Indicador: Incidencias anteriores y posteriores al proyecto.

En el periodo 2015-2016 hubo 1.085 incidencias de Atención primaria, y en el periodo 2016-2017 fueron 1.223. Pensamos que el aumento es debido a la incorporación de una nueva adjunta a la sección de Preanalítica y al aumento de nº de muestras.

3º Indicador: Mantener actualizados los procedimientos descritos en manual: SI

El manual de toma de muestras se actualizó el 2 de febrero de 2017.

4º Indicador: Encuesta de satisfacción a los médicos participantes por centro sobre el funcionamiento del canal y la idoneidad de las sesiones.

Se envió encuesta a los médicos de Atención primaria para valorar de 1 a 10:

1. La comunicación con los profesionales del Servicio de Microbiología Clínica.
2. El correo electrónico como método de comunicación con el Servicio de Microbiología
3. El teléfono como método de comunicación con el Servicio de Microbiología
4. Las alertas y notificaciones como método de comunicación con el Servicio de Microbiología
5. La satisfacción general con el Servicio de Microbiología

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El correo no es un buen medio de comunicación con Primaria.
Tenemos que extender el proyecto en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/563 ===== ***

Nº de registro: 0563

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0563

1. TÍTULO

ASESORAMIENTO MICROBIOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Título
ASESORAMIENTO MICROBIOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:
MARTIN SACO GLORIA, GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL, NUÑEZ MEDINA ROSSI, ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR, JIMENO CARREY SONIA, PEIRO MURILLO BEATRIZ, MAZA INVERNON ANA CRISTINA, JERICO CLAVERIA LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: infección urinaria (ITU), infecciones tracto respiratorio superior (ITRS), infecciones de transmisión sexual (ITS), infecciones de heridas y úlceras...
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Asesoramiento en la toma de muestras e interpretación de los resultados en Bacteriología.

PROBLEMA
Dentro del programa de uso racional de antimicrobianos, creemos que intensificar esta estrategia en Atención Primaria es fundamental. Este proyecto pretende ayudar al médico de Atención Primaria, en las decisiones de recogida de muestras y la interpretación de resultados para un adecuado manejo posterior del paciente. Para ello pretendemos establecer un canal de comunicación más directo con el servicio de Microbiología, poniendo a disposición del clínico un canal bidireccional de teléfono y correo electrónico.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Comunicación más directa entre Atención primaria y el Servicio de Microbiología
2. Difundir el Manual de Toma de Muestras
3. Mejorar el conocimiento de las infecciones en Atención Primaria y su diagnóstico
4. Mejorar el uso de antibióticos

MÉTODO
- Contactar con los centros de Atención Primaria de los sectores I y II. Reunión con coordinadores previa a la puesta en marcha del proyecto y reuniones parciales para el seguimiento.
- Formación en los centros de Atención Primaria (seminarios formato corto sobre la toma de las principales muestras de interés en Atención Primaria, revisión del mapa de resistencias bacterianas, información sobre pruebas rápidas, informes preliminares...)
- Ofrecer canal de comunicación a través de una línea de teléfono de atención continuada con horario por definir y correo electrónico directo entre los centros de salud y Microbiología.

INDICADORES
1er indicador: llamadas registradas y consultas en correo electrónico
2º indicador: incidencias anteriores y posteriores al proyecto
3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos descritos en manual SI/NO
4º indicador: Encuesta de satisfacción a los médicos participantes por centro sobre el funcionamiento del canal y la idoneidad de las sesiones.

DURACIÓN
Fecha de inicio: octubre 2016
Fecha de finalización: octubre 2017
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: octubre 2016-febrero2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: Todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: Todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: septiembre-octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0572

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PALACIAN RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ GONZALEZ ERIC
ORTEGA LARREA DIEGO
MOLINA ALEJANDRE ISABEL
GARCIA LEDESMA RICARDO
APARICIO IVAN CARMEN
LUCEA PAREJO YOLANDA
ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización procedimientos técnicos de análisis:

PTA-70_Z2(E)M_L-MB Diagnóstico microbiológico (Cultivo) de líquido cefalorraquídeo.

PTA-57_Z2(E)M_L-MB Ampliación del procedimiento mediante una nueva revisión (versión E)

Formación y cualificación del personal adscrito: Realizado

Implantación registros técnicos y control interno: Realizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Auditoría externa de ENAC en Noviembre de 2017 para mantenimiento y ampliación de los alcances en la sección de Hemocultivos.

Consecución de la acreditación segun norma UNE EN ISO 15189 en el mes de Noviembre de 2017 de los procesos ya mencionados:

- Hemocultivos
- Diagnóstico microbiológico (Cultivo) de líquido cefalorraquídeo

Y otro que no estaba incluido dentro del proyecto, igualmente desde la Sección:

- Determinación de antígeno de neumococo y legionella en orina

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha conseguido la acreditación mediante un trabajo realizado por todas las personas que componen la sección de Hemocultivos.

- Sería deseable mantener la acreditación de todo lo conseguido hasta ahora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/572 ===== ***

Nº de registro: 0572

Título
AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS

Autores:
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR, LOPEZ GONZALEZ ERIC, ORTEGA LARREA DIEGO, MOLINA ALEJANDRE ISABEL, GARCIA LEDESMA RICARDO, APARICIO IVAN CARMEN, LUCEA PAREJO YOLANDA, ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0572

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas asistenciales desde el año 2009.
La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorias internas y externas.

La experiencia de estos últimos años en la acreditación ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que se ha ido ampliando a diferentes áreas asistenciales del laboratorio, que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Hemocultivos y LCR, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliación del alcance de acreditación en la sección de Hemocultivos para:

- Diagnóstico de meningitis bacteriana
- Infecciones asociadas a dispositivos

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

1º indicador: Realizar procedimientos técnicos de análisis (100%)

2º indicador: Formación del personal adscrito Nª personas formadas/nº personas adscritas > 95%

3º indicador: Realización y Complimentación de registros técnicos y de calidad
Nª registros cumplimentados/Nª Registros totales x 100 Objetivo a alcanzar > 95%

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Cronograma:

Realización procedimientos técnicos de análisis: Octubre-Diciembre 2016
Formación y cualificación del personal adscrito: Enero-Febrero 2017
Implantación registros técnicos y control interno: Marzo-Abril 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0603

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO REZUSTA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ESGUEVA MARTA
VALENZUELA MENA JULIA
ESPAÑA HERNANDEZ MARIA LUISA
AGUDO MORALES CELIA
MENDEZ GARCIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Conseguidos los indicadores siguiente
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%
2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.
3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejorar el control de dispensación en la microplaca
Aumento dl personas capacitadas en la realización de la técnica

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/603 ===== ***

Nº de registro: 0603

Título
AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
REZUSTA LOPEZ ANTONIO, VALENZUELA MENA JULIA, ESPAÑA HERNANDEZ JULIA, CUBILLO GARCIA CRISTINA, AGUDO MORALES CELIA, CUBILLO CRUZ FABIOLA MACARENA, SOTERAS COLON RAQUEL, OTAL SAURAS ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0603

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micología, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliación del alcance de acreditación: sensibilidad antifúngica de levaduras

MÉTODO

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis:
- Formación y Cualificación del personal implicado:
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad:
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad por acreditar
- Evaluación y seguimiento de indicadores

INDICADORES

1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Fecha de finalización: Diciembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0685

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE REVILLO PINILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

EGIDO LIZAN PILAR
MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA
CALVO MARTIN SONIA
MANDARU ELENATEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance

El contenido del PTA indica que el diagnóstico microbiológico se basa en la tinción de Gram y cultivo cualitativo de exudados faríngeo, ótico y conjuntival
Interpretación de los patógenos aislados, permitiendo distinguir entre muestras contaminadas y aquellas recogidas adecuadamente.

El tipo de muestras que se determinan son exudados faríngeos (frotis), faríngeo-amigdalinos, óticos, lesiones orales.

Formación y Cualificación del personal implicado (Adjunto responsable de Area, Jefe Servicio)

- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad (TEL y facultativo responsable)

- Es responsabilidad del equipo del área de Preanalítica la recepción de la muestra y del volante correspondiente y su identificación así como el rechazo de las muestras remitidas en condiciones defectuosas y la adopción de las correspondientes medidas correctoras.

Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (responsable de Calidad ISO 15189 y Adjunto responsable)

Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se alcanza la acreditación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mejora la actitud del personal, se normaliza la forma de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

Hay cambio de responsable por la jubilación de la IP.

El responsable técnico que pasó la auditoría fué Juan Sahagun

*** ===== Resumen del proyecto 2016/685 ===== ***

Nº de registro: 0685

Título
AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
REVILLO PINILLA MARIA JOSE, EGIDO LIZAN PILAR, MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA, CALVO MARTIN SONIA, MANDARU ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Otro Tipo Patología: Patología infecciosa de la esfera ORL (faringoamigdalitis, abscesos cavidad oral, glositis, sinusitis, conjuntivitis, queratitis, otitis aguda y crónica) producida por agentes bacterianos y parásitos.

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0685

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Otro Enfoque.....: Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la Bacteriología. Exudados ORL.

PROBLEMA

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, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Exudados ORL, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio. La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Las infecciones de la esfera ORL incluyen a todas las que afectan a la cavidad oral y rinosinusal, orofaríngea, faríngea, laríngea y sus espacios, así como el aparato auditivo y las estructuras que conforman la visión (el ojo y sus estructuras anejas) y son, junto con las infecciones de las vías respiratorias bajas, las infecciones más frecuentes en clínica humana.
- La faringoamigdalitis aguda es uno de los motivos más frecuentes de consulta y prescripción de antibióticos en Atención Primaria. Las manifestaciones clínicas de la infección pueden no ser suficientes para realizar el diagnóstico etiológico y diferenciar si la infección es vírica o bacteriana, por lo que, en muchos casos, es importante realizar el diagnóstico microbiológico.
- El cultivo del exudado faringoamigdalario es el procedimiento de referencia para realizar el diagnóstico microbiológico. La sensibilidad de estas pruebas varía con la calidad del reactivo utilizado y la experiencia de los profesionales que la realizan y validan.
- La interpretación de los cultivos tomados de las cavidades orofaríngea, nasal, ótica u ocular es difícil debido a que estas zonas están frecuentemente colonizadas y los cultivos sólo deben estar indicados si existen claros signos de infección o si no hay respuesta al tratamiento instaurado.
- La mejora en la identificación y diagnóstico de estos procesos es el objetivo principal de este proyecto en línea con la acreditación de la sección.

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- o El contenido del PTA indica que el diagnóstico microbiológico se basa en la tinción de Gram y cultivo cualitativo y cuantitativo de exudados faríngeo, ótico y conjuntival en los medios de cultivo agar sangre, agar chocolate, agar MacConkey, agar Schaedler, agar Sabouraud, y medio líquido de tioglicolato.
- o La tinción de Gram de muestras óticas, conjuntivales y sinusales es fundamental para hacer una correcta interpretación de los patógenos aislados, permitiendo distinguir entre muestras contaminadas y aquellas recogidas adecuadamente.
- o El tipo de muestras que se determinan son exudados faríngeos (frotis), faríngeo-amigdalinos, óticos, conjuntivales, lesiones orales y con menor frecuencia raspados corneales y otras muestras oculares (humor vítreo, acuoso, abscesos) y aspirados sinusales y nasosinusales.
- Formación y Cualificación del personal implicado (Adjunto responsable de Área, Jefe Servicio)
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad (TEL y facultativo responsable)
- Es responsabilidad del equipo del área de Preanalítica la recepción de la muestra y del volante correspondiente y su identificación así como el rechazo de las muestras remitidas en condiciones defectuosas y la adopción de las correspondientes medidas correctoras.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (responsable de Calidad ISO 15189 y Adjunto responsable)
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

INDICADORES

1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Conseguir la acreditación ISO 15189 de calidad de la sección.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: diciembre 2016

Fecha de finalización: abril-mayo 2017

- Actualización y perfeccionamiento del PTA: septiembre 2016
- Formación y Cualificación del personal implicado: octubre 2016
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: noviembre 2016
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: diciembre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0685

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2016

- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 2017 anual
- Evaluación y seguimiento de indicadores: semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0751

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HUMS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CRUZ VILLUENDAS USON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR
ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA
ROMEO MORENO SERGIO
GUERRERO DIAZ CARMEN
MARTIN GRACIA ROCIO
PALACIOS MIGUEL YOLANDA
REVILLO PINILLA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha mantenido y actualizado el procedimiento de hemocultivos contenido en PTA-57_Z2(E)M_L-MB

-Se ha realizado el PTA-72_Z2(E)M_L-MB para normalizar el cultivo de catéteres y conseguir la correspondiente acreditación

-Durante 2017 se han programado 9 sesiones de formación sobre extracción correcta de hemocultivos en distintos Servicios del hospital

-Se han obtenido los datos de tasa trimestral de hemocultivos contaminados y verdaderos positivos por Servicios

-Todas las bacteriemias por Staphylococcus aureus han sido evaluadas en el grupo de bacteriemia . La participación conjunta de microbiología e infecciosas ha mejorado los datos de hemocultivos de seguimiento.

-Se ha incorporado la técnica de rajado de los catéteres silásticos de neonatología que permite el cultivo de la vía endoluminar. En adultos, para este mismo fin, se ha incorporado la sonicación de catéteres .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- En la reciente auditoría ENAC (noviembre 2017) se ha llevado a cabo la ampliación del alcance : Cultivo de catéteres vasculares .cultivos superficiales de piel y conexiones PTA-72_Z2(E)M_L-MB

-Se ha logrado una considerable mejora en la tasa de contaminación global en relación a años anteriores: 2013(9,8%); 2015(8,2%); 2017(6,8%)

- En 2017, se ha conseguido el 100% de hemocultivos de seguimiento en los pacientes con bacteriemia por S.aureus

- En el diagnóstico de bacteriemia por catéter, se ha obtenido un correcto envío de muestras. El catéter se envía de rutina junto con el hemocultivo en el 96,4%

-En los casos de envío incorrecto se ha realizado llamada informativa desde microbiología en el 69% de los casos

-Se ha encontrado más dificultad para conseguir, en la petición, la identificación de los distintos tipos de catéteres para adaptar el tipo de siembra .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto ha contribuido al mantenimiento y ampliación del alcance de acreditación en la sección de hemocultivos.

Una vez valorados los indicadores de seguimiento, los resultados obtenidos han sido buenos, demostrado una importante mejora tanto en el manejo de hemocultivos como en el procesamiento de catéteres.

Destacamos la disminución en la tasa de contaminaciones y el elevado número de catéteres enviados de forma correcta en relación a los años anteriores.

Ha quedado pendiente la medición del volumen de muestra inoculada en los frascos de hemocultivo, factor clave para la rentabilidad. Un módulo de medición automática ha sido recientemente incorporado y se encuentra pendiente de evaluación.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0751

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HUMS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/751 ===== ***

Nº de registro: 0751

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR, ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA, ROMEO MORENO SERGIO, GUERRERO DIAZ CARMEN, MARTIN GRACIA ROCIO, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, REVILLO PINILLA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de 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, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Hemocultivos, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

El uso de catéteres es una práctica muy utilizada en los hospitales, siendo la bacteriemia por catéter y sus complicaciones una causa importante de morbi-mortalidad. Para el diagnóstico microbiológico de dichas bacteriemias es necesario el cultivo del catéter así como la extracción de Hemocultivos, estos últimos ya acreditados. En este proyecto se ha seleccionado, como oportunidad de mejora, la estandarización del cultivo de los distintos tipos de catéter incluyendo los requisitos preanalíticos necesarios para una correcta interpretación de los resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del alcance acreditado:

- Mantenimiento y actualización del procedimiento contenido en PTA-57_Z2(E)M_L-MB
- Mantenimiento de los indicadores ya establecidos para su seguimiento

Ampliación del alcance de acreditación: Mejorar el diagnóstico de la bacteriemia relacionada con el uso de catéteres:

?Fase preanalítica

Conseguir un correcto envío de las muestras. El envío de un catéter debe acompañarse de una extracción de hemocultivos, en caso contrario no debe realizarse la siembra de dicho catéter. Obtener, en la petición, la identificación de los distintos tipos de catéteres para adaptar el tipo de siembra.

?Fase analítica

Siembra del exterior e interior del catéter que permita detectar vías de infección extraluminal e

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0751

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HUMS

intraluminal.

?Fase postanalítica

Mejora en la interpretación de los resultados como consecuencia de los puntos anteriores.

MÉTODO

- Redacción del nuevo Procedimiento Técnico de Análisis para la ampliación del alcance
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad
- Implantación del control de calidad relacionado con la ampliación de alcance
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

Mantenimiento de los indicadores incorporados para el hemocultivo:

- Tasa global de hemocultivos verdaderos positivos
- Tasa global de contaminados
- Tasa de verdaderos positivos en adultos
- Tasa de contaminación en adultos
- Tasa de hemocultivos con volumen no adecuado en adultos
- Pacientes adultos con un solo hemocultivo
- Hemocultivos de seguimiento en bacteriemia por S. aureus
- Informes urgentes en las primeras 24 horas

Incorporación de indicadores para la siembra de catéter (Nuevo alcance):

Nº catéteres con hemocultivo / Nº catéteres recibidos. Objetivo 90%

Nº catéteres sin hemocultivo sembrados / Nº catéteres sin hemocultivo recibidos. Objetivo 0%

Nº llamadas de solicitud de hemocultivos / Nº catéteres sin hemocultivo recibidos. Objetivo 100%

Nº catéteres identificados / Nº catéteres recibidos. Objetivo 75%

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Fecha de finalización: Noviembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: octubre 2016-febrero 2017
- Formación y cualificación del personal implicado: todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0761

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLÓGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y MEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA
GOMARA LOMANA MARTA
ARAZO GARCES PIEDAD
SIERRA GARCIA DIVINA
GASSO SANCHEZ AMALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han registrado 137 llamadas a Servicio de Farmacia:
72 de pacientes VIH en TAR para valorar la adherencia al tto
29 de pacientes VHC para confirmar inicio de tto
36 de pacientes VHB para confirmar su adherencia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los pacientes en TAR solo se constato un autentico fallo de tratamiento y como tal se envio a estudio de resistencias, los demas se notificarón como no fallos verdaderos, y se insistió en su adherencia mediante contacto con enfermeria y farmacia de infecciosos
De los pacientes VHC no se realizarón las cargas de aquellos pacientes que no habian iniciado tto.
De los pacientes VHB no se encontro ningún fallo verdadero.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para el manejo de los fallos de tratamiento es fundamental conocer los tratamientos y las fechas de comienzo, al ser un proyecto multidisciplinar nos permitio interactuar entre las unidades relacionadas conociendo mucho mejor la realidad del paciente y sus resultados, pudiendo discriminar de forma mucho mas eficaz entre fallo virológico verdadero y falta de adherencia

7. OBSERVACIONES.
A los pacientes tratados de VHC, se ha creado un espacio en la historia electronica del paciente que nos permite ver en todo momento el tto y la fecha de inicio de forma que siempre conocemos a que control pertenece la determinación solicitada, los datos los introduce el servicio de farmacia

*** ===== Resumen del proyecto 2016/761 ===== ***

Nº de registro: 0761

Título
ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLÓGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y MEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD

Autores:
MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA MARIA, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, NAVARRO AZNAREZ HERMINIA, GOMARA LOMERO MARTA, ARAZO GARCES PIEDAD, SIERRA GARCIA DIVINA, GASSO SANCHEZ AMALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atención multidisciplinar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0761

1. TÍTULO

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRÓNICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTIÓN DE DETERMINACIONES MICROBIOLÓGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y MEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD

PROBLEMA

En el control del tratamiento de los pacientes con infecciones virales se precisan determinaciones de cargas virales para valorar su eficacia y estudios de resistencias en los casos en los que se detecten fallos virológicos (FVV), de forma indirecta también se valora la adherencia al tratamiento, dato fundamental para diferenciar un fallo de tratamiento verdadero de un incumplimiento terapéutico. Los pacientes con infecciones virales crónicas representan un colectivo muy amplio y con un alto impacto económico y, desde el año 2015 se ha visto notablemente incrementado desde que se aprobó el uso de los nuevos antivirales orales de acción directa contra el VHC. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Según la OMS, se define adherencia como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente y la persistencia del paciente al tratamiento como la duración entre el inicio de un tratamiento y su interrupción por parte del paciente de forma unilateral (concepto de terapia continua). La adherencia y la persistencia son dos conceptos complementarios que miden el comportamiento de un paciente con las recomendaciones del proveedor de salud. En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. El tratamiento de los pacientes con hepatitis crónica C está experimentando numerosos cambios como consecuencia de la autorización sucesiva en un corto periodo de tiempo de nuevos antivirales orales de acción directa contra el VHC. Aunque la tasa de efectos adversos ha disminuido drásticamente respecto a terapias previas, persisten interacciones medicamentosas y efectos indeseables, que obligan a un abordaje multidisciplinar, y una constante actualización para la toma de decisiones. En los pacientes con VIH y hepatitis B (VHB) crónica una buena adherencia es un factor crítico para conseguir la supresión virológica. Detectar el incumplimiento terapéutico y establecer intervenciones encaminadas a mejorarlo es un objetivo prioritario. Estos fármacos se dispensan en el servicio de farmacia en el área de pacientes externos donde se registran los datos de inicio, pauta y tiempo de tratamiento, en los casos de tratamiento finito (VHC). La información compartida entre el Servicio de Farmacia y el laboratorio de Microbiología es fundamental para conocer el grado de efectividad del tratamiento. La carga viral y el registro de dispensaciones aportan un valor añadido al manejo del paciente por parte del equipo sanitario y así poder implementar intervenciones que mejoren los resultados en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora de la calidad y continuidad asistencial
Implementación de un protocolo multidisciplinar en el correcto manejo del paciente con una infección viral crónica, junto al servicio de Microbiología, Farmacia, Infecciosas y Digestivo.
Favorecer adherencia: paciente VIH, hepatitis B y hepatitis C.
Incrementar la seguridad en el manejo de fármacos antivirales.
Optimizar los resultados en salud.

MÉTODO

1. Establecer un circuito de información que permita:
 - diferenciar entre auténtico fallo virológico y abandono de tratamiento.
 - semana del tratamiento al que pertenece la determinación.
 - Favorecer el grado de cumplimiento al tratamiento.
 - Detectar interacciones clínicamente relevantes y comunicarlas al clínico responsable.
2. Mejorar el grado de adherencia de los pacientes con fallo virológico
3. Disminuir el número de determinaciones redundantes que no aporten ningún dato clínico relevante ni toma de decisiones.
4. Disminuir el número de estudios de resistencias.
5. Revisar y valorar posibles interacciones (VIH, VHC, VHB).
6. Detección precoz de la no adherencia/falta de persistencia en los tratamientos VHC.
7. Reflejar en el informe de microbiología el grado de cumplimiento

INDICADORES

Definición de circuito de información multidisciplinar (Si/No)
Número de pacientes con carga viral detectable de VIH y hepatitis B y valoración de la adherencia. (>80%).
Número de pacientes que inician tratamiento de hepatitis C con valoración de la adherencia y de las interacciones. (>90%)
Número de estudios de resistencias y diferenciar entre el FVV y el abandono de tratamiento.
Número de peticiones redundantes
Inclusión de una alerta del porcentaje de adherencia según registro de dispensación de Farmacia en el informe de Microbiología. (Si/No)

DURACIÓN

Definición de circuito de información: Oct-Dic 2016.
Cálculo de adherencia: Oct 2016-Dic 2017.
Revisión y valoración de interacciones: Oct 2016-Dic 2017.
Concordancia entre FVV y falta de adherencia e inclusión en el informe dirigido al clínico: Oct 2016-Dic 2017.
Número de estudios de resistencias y peticiones redundantes: Oct 2016-Dic 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0761

1. TÍTULO

**ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRÓNICAS (VIH, VHB Y VHC):
GESTIÓN DE DETERMINACIONES MICROBIOLÓGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO
Y MEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0889

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN MANUEL GARCIA-LECHUZ MOYA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR
PEREZ CAAMAÑO NOEMI
LOPEZ GONZALEZ ERIC
ORTEGA LARREA DIEGO
ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
Facultativos y Residentes: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Formación y Cualificación del personal implicado
Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de la actividad acreditada.
Actualización permanente de las técnicas con una evaluación del rendimiento de los medios automatizados y los medios de cultivo así como del desempeño del personal técnico y facultativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos cambiado la rutina del procesamiento de la muestra de orina para cultivo, concediendo más control del cultivo cuantitativo sobre el sistema automático de screening que producía contaminaciones.
Hemos abierto varios proyectos de mejora de la petición de urocultivo, en el contexto de la mujer embarazada, de la mujer joven con infección urinaria complicada y de las peticiones de urocultivo no justificadas. Se ha reducido en 1 año cerca de 3.000 peticiones injustificadas.
Queda pendiente la actualización de criterios según las últimas guías y la implementación de un sistema de mejor información clínica acompañante a la petición de urocultivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/889 ===== ***

Nº de registro: 0889

Título
MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS

Autores:
GARCIA LECHUZ MOYA JUAN MANUEL, ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR, PEREZ CAAMAÑO NOEMI, LOPEZ GONZALEZ ERIC, ORTEGA LARREA DIEGO, ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189   Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0889

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS

PROBLEMA

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, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad el Urocultivo (PTA-59_Z2(E)MB_L-MB) está acreditado desde 2014.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

-Mantenimiento del alcance acreditado Urocultivo (PTA-59_Z2(E)MB_L-MB)

MÉTODO

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de la actividad acreditada.

Tareas asignadas:

? Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
? Facultativos y Residentes: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.

? Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

1er indicador del mantenimiento de la acreditación:

mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: 01/09/2016

Fecha de finalización: 01/12/2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: sep 16-nov 17
- Formación y Cualificación del personal implicado: sep 16-nov 17
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: sep 16-nov 17
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. sep 16-nov 17
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada sep 16-nov 17
- Evaluación y seguimiento de indicadores: sep 16-nov 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0540

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ JULIA FRONTIÑAN PARDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER LOPEZ EMILIA
MODREGO IRANZO DIANA
SASAL PEREZ SARA
DEL BARRIO ARANDA NATALIA
LAZARO GONZALEZ CARMEN
ANTON RAMAS SONIA PILAR
ABRIL MARQUES GLORIA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
AL INGRESO EN LA PLANTA, SE INDICAN A LOS ACOMPAÑANTES Y AL PACIENTE, LAS MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS A ADOPTAR DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA.
ELABORACION Y ENTREGA DE UN DOCUMENTO, VISUAL Y SENCILLO, CON LAS MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS, COMO REFUERZO A LA EDUCACION QUE SE REALIZA A LOS ACOMPAÑANTES DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO INVERSO.
ADEMAS DE UN REFUERZO CONTINUADO DE LA EDUCACION PARA LA SALUD, CUANDO SE HAN OBSERVADO CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ACOMPAÑANTES QUE PUDIERAN AFECTAR A LA SALUD DE DICHS PACIENTES.

CALENDARIO:

OCTUBRE - NOVIEMBRE 2016 : ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO INFORMATIVO PARA ENTREGAR A LOS ACOMPAÑANTES SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE AISLAMIENTO INVERSO. DICIEMBRE 2016: INICIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, EN PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO, A ACOMPAÑANTES. ENERO- SEPTIEMBRE DE 2017: CONTINUACIÓN DE LA FASE ANTERIOR. OCTUBRE 2017: REVISIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA, Y COMPROBACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DEL PORCENTAJE DE INFECCIONES PRESENTADAS EN LOS PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO. NOVIEMBRE- DICIEMBRE 2017: PUESTA EN COMÚN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA SERVICIO EN LOS QUE TRABAJEN LOS INTEGRANTES DEL GRUPO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

REFUERZO DE LAS MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS DE LOS ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO PARA REDUCIR EL PORCENTAJE DE INFECCIONES NOSOCOMIALES DE DICHS PACIENTES DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO.
SEGÚN LOS DATOS OBTENIDOS DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H.U.MIGUEL SERVET, LAS TASAS DE PACIENTES CON INFECCION NOSOCOMIAL (IN) ADQUIRIDA EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS SON:
- EN EL AÑO 2016: 14,29%
- EN EL AÑO 2017: 11,76%
COMO SE OBSERVA SEGÚN LOS DATOS OBTENIDOS, LAS VARIACIONES SON MUY SIGNIFICATIVAS, REDUCIENDO UN 2.53% EL RIESGO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

QUE GRACIAS A LA UTILIZACION DE CORRECTAS MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS EN PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO, SE REDUCE SIGNIFICATIVAMENTE EL RIESGO A ADQUIRIR UNA INFECCION NOSOCOMIAL.

ES MUY IMPORTANTE NO SOLO LA CORRECTA FORMACION DEL PERSONAL SANITARIO EN LA UTILIZACION DE MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS EN PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO SINO DE LOS ACOMPAÑANTES DE DICHS PACIENTES PARA PODER REDUCIR AL MAXIMO POSIBLE, EL RIESGO DE INFECCION.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/540 ===== ***

Nº de registro: 0540

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO

Autores:
FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA, FERRER LOPEZ EMILIA, MODREGO IRANZO DIANA, SASAL PEREZ SARA, DEL BARRIO ARANDA NATALIA, LAZARO GONZALEZ CARMEN, ANTON RAMAS SONIA PILAR, ABRIL MARQUES GLORIA MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0540

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La incidencia de infecciones nosocomiales en pacientes que precisan aislamiento inverso por un elevado riesgo de tener infecciones bacterianas, víricas, fúngicas y parasitarias debido a la no correcta realización de estas medidas preventivas por los acompañantes.
Consideramos imprescindible el refuerzo de la educación de la salud por parte del personal de enfermería para evitar en mayor medida el riesgo de infecciones por este motivo.

RESULTADOS ESPERADOS

Reforzar las medidas de higiene preventivas, a los acompañantes para evitar en el mayor grado posible los riesgos potenciales de infección.

MÉTODO

Se elaborará un documento informativo, tipo tríptico, visual y sencillo, como refuerzo a la educación que se dé a los acompañantes del paciente, antes de entrar en la habitación. Si se observan conductas de riesgo en los visitantes que puedan afectar a los pacientes con aislamiento inverso, se reforzará la educación para la salud.

INDICADORES

Se obtendrán datos objetivos mediante los resultados solicitados por su médico especialista, a través de las muestras recogidas, y el seguimiento realizado por medicina preventiva.

DURACIÓN

Octubre - Noviembre 2016 : Elaboración del documento informativo (tríptico) para entregar a los acompañantes sobre las medidas preventivas de aislamiento inverso.
Diciembre 2016: Inicio de educación para la Salud, en pacientes con aislamiento inverso, a acompañantes.
Enero- Septiembre de 2017: Continuación de la fase anterior.
Octubre 2017: Revisión de los datos obtenidos por el servicio de medicina preventiva, y comprobación de la disminución del porcentaje de infecciones presentadas en los pacientes con aislamiento inverso.
Noviembre- Diciembre 2017: Puesta en común de los resultados obtenidos en cada servicio en los que trabajen los integrantes del grupo.

OBSERVACIONES

Los integrantes del proyecto desarrollan su labor asistencial, en diferentes servicios, lo que dará una visión en conjunto de los resultados obtenidos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0560

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 15/02/2018

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.

FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA

DEL BARRIO ARANDA NATALIA

SASAL PEREZ SARA

LAZARO GONZALEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha preparado un documento informativo (díptico) en el cual se explican los factores de riesgo relacionados con las caídas en el ámbito hospitalario.

Pendiente de pasar a otro tamaño, para colocar fijo en las habitaciones, en lugar de entregar a todos los pacientes.

Reunión de los integrantes del grupo donde se puso en común la necesidad de reforzar la educación al ingreso de los pacientes sobre el riesgo de caídas durante la hospitalización

Se puso en conocimiento de los integrantes del grupo la existencia de un documento de eventos adversos en el hospital, y en caso de registrarse una caída en sus respectivas unidades su cumplimentación para registrarlo.

Se han pedido a las unidades de hospitalización los eventos registrados, durante el año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados están pendientes de poderse evaluar, ya que no disponemos aún de datos recopilados.

En la semana del 26 de febrero 2018, se avanzará en este asunto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tareas pendientes de realizar:

- Comprobación del número eventos adversos relacionados con las caídas ocurridos en el 2017.

- Comparación con los eventos registrados en los años anteriores.

- Existe un protocolo en el HUMS del año 2015, pendiente de actualizar en la segunda fase del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/560 ===== ***

Nº de registro: 0560

Título

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Autores:

FERRER LOPEZ EMILIA, FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA, DEL BARRIO ARANDA NATALIA, SASAL PEREZ SARA, LAZARO GONZALEZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Signos y síntomas de diversa índole, relacionada con el estado basal del paciente y el motivo de ingreso

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0560

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

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

PROBLEMA

En los pacientes hospitalizados existe un riesgo potencial de caídas relacionado entre otros, con la edad, los antecedentes personales, la enfermedad actual y, el desconocimiento del medio hospitalario. Debido a que es un riesgo que puede conllevar el empeoramiento en el estado de salud del paciente, consideramos necesario reforzar la educación para la salud, con el fin de minimizar este tipo de incidentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir la incidencia de caídas en los pacientes hospitalizados en cada unidad a través de la educación para la salud.

MÉTODO

El programa se iniciará con una reunión para todo el personal sanitario donde prestan sus servicios los integrantes del equipo, en el que se concienciará de las consecuencias de este riesgo. El equipo encargado de este proyecto, preparará un documento informativo para incluir la educación para la salud en la primera toma de contacto, realizada durante la valoración al ingreso del paciente. Se reforzará la educación entregada al ingreso en el turno de la noche, antes del descanso nocturno.

INDICADORES

Existe un protocolo específico en el que se registra las caídas ocurridas durante los ingresos hospitalarios. En cada servicio se insistirá en la necesidad de cumplimentar este protocolo en caso de que suceda una caída. Analizaremos los registros recogidos pre y post educación.

DURACIÓN

Durante los meses de Octubre a Diciembre de 2016 se llevará a cabo, la realización del documento informativo que se adjuntará en la valoración de enfermería, y la reunión motivadora al personal.
? De Enero a Mayo 2017, se realizará la ejecución del programa educativo.
Se comprobará el adecuado registro de los protocolos en caso de caída, y en su defecto se reforzará, al personal para su cumplimentación. (En los centros que exista el registro de caídas).
? Junio a Julio 2017, analizar los protocolos cumplimentados y, compararlos con los protocolos registrados, durante el mismo periodo del año anterior en cada servicio. (En los centros que exista el registro de caídas).
? Agosto - Septiembre 2017, puesta en común de los resultados de cada servicio.

OBSERVACIONES

Al ser personal sanitario que trabaja en diferentes servicios hospitalarios, se podrán realizar las actividades en cada unidad pudiendo obtener información de las diferentes unidades, donde se encuentran pacientes con distintas causas y motivo de ingreso.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1211

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ALEX GUTIERREZ DALMAU
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAUL RAMOS FRANCISCO JAVIER
ALADREN REGIDOR MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mantenimiento de la actividad

Solicitud (y concesión) de la ampliación de cartera de servicios para la incorporación de la técnica de recambio plasmático (plasmaféresis) al servicio
Inicio de trámites para su incorporación efectiva al Servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el presente 2017 se han realizado un total de 74 trasplantes renales de donante fallecido y 11 de donante vivo lo que supone un 12,9% del total superando el objetivo planteado del 10%

Destacar el seguimiento "de por vida" que se lleva a cabo a los donantes (que de alguna manera reciben esta compensación por su gesto; útil para su receptor e indirectamente al reducir la lista de espera para todos los que en ella se encuentran que ven aumentadas sus oportunidades de trasplantarse

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario apoyo institucional para difundir las bondades del TxR de donante vivo (preferentemente anticipado al inicio de tratamiento dialítico) como modalidad de sustitución de la función renal con los mejores resultados en términos de supervivencia de los pacientes y calidad de vida
Nuestro servicio debe mantener contacto estrecho y difundir los resultados del programa de trasplante (global y de vivo en particular)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1211 ===== ***

Nº de registro: 1211

Título
PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

Autores:
GUTIERREZ DALMAU ALEX, PAUL RAMOS FRANCISCO JAVIER, ALADREN REGIDOR MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato genitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El trasplante renal de donante vivo (TRDV) es la mejor modalidad de tratamiento renal sustitutivo en términos de supervivencia del paciente y calidad de vida del mismo. Es a la vez, por ello mismo, la modalidad de mayor eficiencia y menor morbilidad. Nuestro programa de TRDV es único para toda la Comunidad Autónoma

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener/incrementar el porcentaje de pacientes que recibe un TRDV

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1211

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

Mantener la estructura que ya es altamente eficiente
Potenciar el tratamiento con recambio plasmático (ampliación cartera de servicios) de las formas humorales de rechazo
Utilizar el recambio plasmático para posible desensibilización de receptores y para facilitar el TXRDV con grupo ABO incompatible

INDICADORES

El 10% de los pacientes que se trasplantan lo hará de donante vivo (TRDV)

Nº pacientes TRDV

Indicador = ----- x 100

Nº total de pacientes trasplantados

Indicador = ó > 10%

DURACIÓN

Mantenimiento permanente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1416

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ALBERTO SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOU ARNAL LUIS MIGUEL
CAMPOS GUTIERREZ BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mantenimiento de consulta ERCA (médico y enfermería)
Programa de apoyo a las decisiones del paciente
Centro seleccionado para proyecto NEFRALIA
Actividades de "mentoring" de pacientes
Inicio de informatización de actividades de la Unidad de Dialisis Domiciliaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el finalizado año 2017 un 38% de los incidentes en tratamiento renal sustitutivo lo han hecho mediante técnicas domiciliarias. Las referencias eran alcanzar un 10-15%. Los resultados del presente 2017 reflejados y obtenidos de la actividad del Servicio se encuentran muy por encima del objetivo fijado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que es fundamental potenciar la consulta ERCA como herramienta de soporte y cauce del programa de diálisis domiciliaria. Sin ella es casi imposible la orientación adecuada a los pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1416 ===== ***

Nº de registro: 1416

Título
PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA

Autores:
SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH ALBERTO, LOU ARNAL LUIS MIGUEL, CAMPOS GUTIERREZ BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Programa de diálisis domiciliaria activo con 28 -30 pacientes en diálisis peritoneal y 2 en hemodiálisis domiciliaria. Las técnicas domiciliarias de diálisis (diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria) son las idóneas en términos de implicación del paciente en autocuidado, responsabilidad en la bondad del tratamiento y son altamente coste eficientes.

Su implantación supone un modelo de decisión compartida entre los profesionales y el paciente y su familia que se lleva a cabo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) siendo un excelente indicador de la bondad de la gestión de la enfermedad renal avanzada y de su tratamiento sustitutivo

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener / incrementar la diálisis domiciliaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1416

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA

MÉTODO

Incrementar con un FEA la dedicación a estas técnicas
Dar formación al resto de plantilla y MIR de la especialidad
Mantener el Curso anual de Diálisis Peritoneal para personal de enfermería

INDICADORES

(Nº de pacientes incidentes en técnicas domiciliarias de tratamiento renal sustitutivo / Nº total de pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo) x 100

Estandar: 15%

DURACIÓN

Mantenimiento durante todo el año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0221

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

Fecha de entrada: 02/03/2018

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.
GOMARA DE LA CAL SARA
LEON SUBIAS ERICA
SORIANO ANGULO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Identificar el grado de control del asma mediante el cuestionario Test de Control del Asma (ACT) en pacientes tratados en una Consulta de Asma de Difícil Control.
- Recogida de otras variables necesarias para determinar el grado de control en el paciente asmático como son dosis de B-2 de rescate, necesidad de corticoides orales, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.
- Aplicación de un programa de educación sanitaria, especialmente en terapia inhalada, en la visita basal.
Intervención conductual mediante una entrevista personalizada con el paciente persiguiendo un fin motivador para reforzar su adherencia.
- Identificar el grado de adherencia al tratamiento cumplimentando el cuestionario TAI al inicio y a los 6 meses y si influye en el mejor control del asma determinado a través del cuestionario de control de síntomas de asma (ACT).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se inicia un programa de educación sanitaria y adherencia a inhaladores desde diciembre del 2016 hasta junio del 2017 en todos nuestros pacientes procedentes de la Unidad de Asma grave.
Se analiza en 40 pacientes los modificaciones producidas tanto en el TAI como en el grado de control de síntomas medidos por ACT tras el programa de educación.

Los indicadores utilizados fueron:

-Cuantificación de los cambios producidos tanto en el Control del Asma como en la Adherencia al Tratamiento.
- Correlación entre el grado de mejoría del paciente asmático y su adherencia al tratamiento.

Atendiendo a la cuantificación de los cambios producidos en el TAI, se consigue una mejoría en la adherencia a inhaladores pasando de una adherencia parcial (media de 48.81) a una adherencia completa (media de 51). Sin embargo, no se observa este cambio en el control de síntomas existiendo incluso un empeoramiento clínico pasando de un ACT de 17.5 a un ACT 16.9.

Tras realizar un modelo de regresión lineal entre ACT y TAI, no existe correlación entre las 2 variables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general, la falta de adherencia al tratamiento suele ser la primera causa de mal control del asma, sin embargo, en pacientes con asma grave es preciso determinar también otras potenciales causas y/o mecanismos fisiopatológicos de un mal control de la enfermedad entre los que se incluyen las infecciones respiratorias así como las comorbilidades asociadas a asma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/221 ===== ***

Nº de registro: 0221

Título
OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

Autores:
VERA SOLSONA ELISABET, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, GOMARA DE LA CAL SARA, LEON SUBIAS ERICA, SORIANO ANGULO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0221

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Se estima que el grado de adherencia terapéutica a los inhaladores prescritos para asma no supera el 50%. Existen diversos factores relacionados, como la complejidad de los dispositivos, tipo de fármaco inhalado y algunos aspectos tanto socioculturales como psicológicos.
Disponer de herramientas de medida de adherencia a los tratamientos pueden ayudar en la práctica clínica.
El cuestionario TAI, test de adherencia a inhaladores, permite identificar el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes, cuantifica la adherencia (buena, intermedia, mala) e informa del patrón del incumplimiento (errático, voluntario o involuntario)

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el grado de control de Asma de pacientes tratados en una Consulta de Asma de Difícil Control.
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes con asma moderado-severo por medio del Cuestionario TAI, desarrollado y validado tras investigaciones clínicas en Asma Bronquial.
- Implementar un programa de educación sanitaria a los pacientes controlados en la Consulta.
- Mejorar el grado de adherencia, objetivado por el cuestionario TAI, la sintomatología y la calidad de vida.

MÉTODO

Identificar el grado de control del asma mediante el cuestionario Test de Control del Asma (ACT) en pacientes tratados en una Consulta de Asma de Difícil Control. Recogida de otras variables necesarias para determinar el grado de control en el paciente asmático como son dosis de B-2 de rescate, necesidad de corticoides orales, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.
- Aplicación de un programa de educación sanitaria, especialmente en terapia inhalada, en la visita basal.
Intervención conductual mediante una entrevista personalizada con el paciente persiguiendo un fin motivador para reforzar su adherencia.
- Identificar el grado de adherencia al tratamiento cumplimentando el cuestionario TAI al inicio y a los 2,4 y 6 meses.
- Cuantificar los cambios producidos por medio de creación de Hojas de Cálculo y de Análisis Estadísticos.

INDICADORES

- Razón entre pacientes a los que se aplica Test ACT y el total de pacientes estudiados en la Consulta.
- Razón entre pacientes integrados en un programa de educación sanitaria/ pacientes estudiados en Consultas.
- Razón entre la aplicación del cuestionario TAI en consulta basal y sucesivas/ total de consultas.
- Cuantificación de los cambios producidos tanto en el Control del Asma como en la Adherencia al Tratamiento.
- Correlación entre el grado de mejoría del paciente asmático y su adherencia al tratamiento.

DURACIÓN

- Octubre de 2016: Creación de la Hoja de Cálculo Excel para recogida de datos.
- Octubre de 2016- Junio de 2017, aplicación del Proyecto.
- Junio de 2017: Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

BIBLIOGRAFÍA

1. Bozek A, and Jarzab J: Adherence to asthma therapy in elderly patients. J Asthma. 2010;47:162-165.
2. Boulet LP, Vervloet D, Magar Y, and Foster JM: Adherence: The goal to control asthma. Clin ChestMed. 2012;33:405-417.
3. Klok T, Kaptein AA, Duiverman EJ, and Brand PL: It's the adherence, stupid (that determines asthma control in preschool children)! Eur Respir J. 2014;43:783-791.
4. Cohen JL, Mann DM, Wisnivesky JP, Home R, Leventhal H, Musumeci-Szabo TJ, and Halm EA: Assessing the validity of self-reported medication adherence among inner-city asthmatic adults: The Medication Adherence Report Scale for Asthma. Ann Allergy Asthma Immunol. 2009;103:325-331.
5. Rand CS: Adherence to asthma therapy in the preschool child. Allergy. 2002;57:48-57.
6. Rand CS, and Wise RA: Measuring adherence to asthma medication regimens. Am J Respir Crit Care Med 1994;149: S69-S78.
7. Dalkey NC: The Delphi Method: An Experimental Study of Group Opinion. Santa Monica, CA: Rand Corporation, 1969.
8. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2014: Available from: <http://www.ginasthma.org/>. Last access: 10/3/14.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0221

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0262

1. TÍTULO

POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

Fecha de entrada: 21/02/2018

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.
DE PABLO CILLERO FRANCISCO
GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL
LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER
MARIN TRIGO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes con patologías respiratorias presentan agravamiento de las mismas durante el periodo de sueño. Además, presentan episodios de exacerbación con disfunción de musculatura respiratoria y acidosis respiratoria por la que precisan tratamiento con Ventilación Mecánica no Invasiva. Los parámetros del dispositivo se ajustan durante el ingreso hospitalario. Sin embargo, una vez estabilizado el cuadro, requieren control clínico y valoración de corrección durante el sueño. Para ello, se les realiza un estudio en la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño, una vez estabilizados. La solicitud se cursa con carácter preferente de forma que en un corto periodo sean reevaluados. Los pacientes, además, comienzan la titulación con el dispositivo utilizado en domicilio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2017 se han realizado 18 estudios por medio de PCR vigilada a pacientes con ingreso previo por Acidosis Respiratoria y en tratamiento con VMNI. Las enfermedades de base que requirieron esta atención fueron Síndrome Obesidad-Hipoventilación y SAHS, EPOC, Cifoescoliosis acompañada de Hipoventilación e Insuficiencia Cardíaca.

Por las especiales características de los pacientes, reingresos frecuentes, la solicitud se gestionó con trato preferente, citación de forma precoz pero con tiempo para estabilidad clínica y adaptación al dispositivo. En estos casos fue de 45 días. Los pacientes trajeron los BIPAP de su domicilio y se procedió al registro con ellos. En casos de patología no totalmente corregida, se modificaron presiones y se emitió informe con indicaciones. Posteriormente fueron controlados en Consultas Externas y/o Hospital de Día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gravedad de la patología tratada, los numerosos reingresos hospitalarios y numerosos recursos utilizados motivan la continuidad asistencial tal como se encuentra establecida. Las innovaciones tecnológicas en cuestión de ventilación deben también se introducidas en la actividad diagnóstico-terapéutica de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/262 ===== ***

Nº de registro: 0262

Título
POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

Autores:
MARTIN CARPI MARIA TERESA, DE PABLO CILLERO FRANCISCO, GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL, LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER, MARIN TRIGO JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0262

1. TÍTULO

POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las alteraciones ventilatorias de las patologías respiratorias se agravan durante el periodo de sueño con la subsiguiente disfunción de los músculos respiratorios, acidosis respiratoria e hipercapnia que no responden al tratamiento con Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD). Además, presentan frecuentes episodios de exacerbación y descompensación que requieren Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI). En estos casos, se considera el empleo de VMNI domiciliaria (VMNID).

Además, frecuentemente, en pacientes con EPOC, coexiste el Síndrome de apnea del sueño (SAHS) denominándose Síndrome de Overlap, con desaturaciones de oxígeno desproporcionadas y prolongadas e hipercapnia. La Sociedad Torácica Americana y la Sociedad Respiratoria Europea en sus guías recomiendan la realización de un estudio de sueño en estos casos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

Durante el año 2015 se realizaron 12 Poligrafías Respiratorias Vigiladas (PCR) a pacientes que requirieron ingreso hospitalario por Acidosis respiratoria con tratamiento en la Unidad de Ventilación Mecánica no Invasiva. La enfermedad de base que, al descompensarse, provocó esta situación aguda fue, en el 75% de los casos, un Síndrome de Obesidad Hipoventilación (SOH) no diagnosticado previamente. Concurrieron otras patologías, tales como Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS), EPOC y/o Insuficiencia Cardíaca. Tras el ingreso, todos los pacientes recibieron tratamiento domiciliario con BIPAP (presiones que corrigieron la patología aguda) y O₂. A los 28 días de media se realizó PCR vigilada y titulación.

RESULTADOS ESPERADOS

- 5.1. Mantener y consolidar las actividades desarrolladas durante el año 2015. El incremento de la práctica asistencial de estos pacientes prevé el aumento de nuevos estudios.
- 5.2. Establecer un circuito asistencial tras el ingreso en Unidad de Ventilación Mecánica no Invasiva y prescripción de la misma en domicilio.
- 5.3. Priorización en la citación de estos pacientes con la realización de Poligrafía Respiratoria Vigilada, diagnóstica y de titulación, en situación estable por parte de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño (UTRS).
- 5.4. Diagnóstico de enfermedad respiratoria subyacente agravada durante el sueño.
- 5.5. Titulación de presión inspiratoria y espiratoria para mejorar la ventilación alveolar, ajuste de las mismas.
- 5.6. Emisión de informe diagnóstico.
- 5.7. Prescripción de terapia adecuada.
- 5.8. Seguimiento y controles clínicos en Consultas.

MÉTODO

Una vez estabilizados de su patología aguda que ha requerido ingreso hospitalario (primero o sucesivos) con VMNI por acidosis respiratoria e insuficiencia respiratoria hipercápnica, los pacientes son tributarios de comenzar VMNID nocturna, con los parámetros de presión con los que se alcanzó la estabilidad. El seguimiento de este tipo de pacientes se realiza con un estudio nocturno vigilado, PCR, en la que se detectan eventos respiratorios y problemas de adaptación. Además, se titulan las presiones necesarias de BIPAP, se comprueba el efecto de las pautadas tras el ingreso o se modifican para mejorar el intercambio gaseoso. Tras ello, en consultas monográficas de Neumología, se controlará al paciente de una manera más estrecha al comienzo del tratamiento para ir distanciando cada vez más las visitas una vez estén adaptados. La evaluación de la eficacia se hará en función de criterios clínico-gasométricos y la lectura de las curvas de flujo y presión almacenadas en la tarjeta de memoria del dispositivo.

INDICADORES

- 7.1 Priorización y realización de PCR dentro de los tres primeros meses del alta hospitalaria. Cálculo de la razón entre las PCR precoces y las realizadas del total de solicitudes en estas circunstancias.
- 7.2 Comprobación de resolución de la patología con las presiones pautadas, modificación y titulación de nuevas presiones hasta corrección de la patología.
- 7.3. Emisión de informe diagnóstico.
- 7.4. Prescripción de VMNI según parámetros indicados.
- 7.5. Citación y seguimiento en Consultas.

DURACIÓN

Octubre 2016-Septiembre 2017.

Septiembre 2017: Evaluación de los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

. BIBLIOGRAFÍA

1. Tratamientos domiciliarios de la EPOC: oxigenoterapia, soporte ventilatorio domiciliario, nebulización de fármacos. José Luis López-Campos en Manual de Atención domiciliaria en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Ed. SEPAR, 2011; 41-55.

2. Otras indicaciones de los equipos de presión positiva. Teresa Gómez García, Nicolás González Mangado,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0262

1. TÍTULO

POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

María Fernanda Troncoso Acevedo en Manual SEPAR de procedimientos: CPAP y otros sistemas de tratamiento en el SAHS. Volumen II. Ed. SEPAR, 2014: 177-96.

3. Chandra D, Stamm JA, Taylor B, Ramos RM, Satterwhite L, Krishnan JA. Outcomes of noninvasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in the United States 1998-2008. Am J Respir Crit Care Med 2012; 185:152-9.

4. Celli BR, MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J. 2004; 23:932-46.195

5. Sanders MH, Newman AB, Haggerty CL, Redline S, Lebowitz M, Samet J. Sleep and sleep-disordered breathing in adults with predominantly mild obstructive airway disease. Am J Respir Crit Care Med. 2003; 167:7-14.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0298

1. TÍTULO

EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICOINFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Fecha de entrada: 22/02/2018

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.
BENEDICTO PUYUELO LAURA
AGUILAR PAESA CRISTINA
GARCIA FAU MARIA PILAR
ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se realizó una encuesta, mediante un cuestionario validado, denominado SERVQHOS en la Unidad de Endoscopia y Neumología Intervencionista.
2. Se procedió al análisis inicial de los resultados obtenidos en dicho cuestionario.
3. Una vez conocidos los resultados, se modificaron los aspectos en los que se había obtenido una menor puntuación. También se repartió un tríptico informativo de los procedimientos realizados en la unidad.
4. Se volvió a realizar la misma encuesta y su posterior análisis para poder comparar ambos resultados.

Para la segunda parte se elaboró y se distribuyó entre los pacientes que iban a ser sometidos a una prueba en nuestra unidad un tríptico informativo sobre los procedimientos a realizar y las pautas que los pacientes debían seguir previamente y tras la realización de la prueba. En él disponían también de un teléfono de contacto directo con la unidad y las recomendaciones para las pruebas, así como un mapa con la localización de la unidad en el hospital y como acceder a ella.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera parte del registro se realizaron 42 encuestas (24 hombres y 18 mujeres con una edad media de 58.76±13.85 años). Se observó que en líneas generales, la calidad percibida por los pacientes era muy elevada, obteniéndose valores medios superiores a 4 puntos (máximo de 5) en la mayoría de los ítems. Los mejores resultados se obtuvieron en aquellos aspectos que valoraban el interés, la amabilidad, el trato y la seguridad con la que se atendía a los pacientes. La información acerca de la realización de la prueba era valorada positivamente, pero presentando unos valores medios de entre todos los analizados. Los aspectos más negativos fueron aquellos relacionados con la puntualidad y el conocimiento de la ubicación de la unidad, así como la rapidez en la realización de las pruebas.

Una vez analizada la primera parte, y entregado el tríptico, se volvió a realizar el mismo cuestionario. Se analizaron 47 encuestas (28 hombres y 19 mujeres con una edad media de 61.78±14.55 años). Los resultados obtenidos fueron muy similares a los de la primera evaluación, aunque ahora sí se obtuvieron en todos los ítems un valor superior a 4 puntos. Nuevamente, los valores más altos fueron los relacionados con la atención al paciente. Se observó una mejora clara en el conocimiento de la ubicación y el acceso a la unidad. Sin embargo, nuevamente, el valor obtenido más bajo fue el relacionado con la puntualidad a la hora de realizar la prueba.

Uno de los objetivos era haber realizado la encuesta a más del 70% de los pacientes que se iban a someter al procedimiento, pero no se pudo cumplir totalmente puesto que en muchos casos los pacientes requerían un tiempo de recuperación tras la prueba y no tenían un sitio cómodo donde realizar dicha encuesta. Se produjo un sesgo ya que en la mayoría de las ocasiones se seleccionaron pacientes jóvenes que no precisaban ayuda ni gafas para la realización de la encuesta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general, los resultados obtenidos del proyecto han sido buenos. Se ha dejado como una práctica habitual el proporcionar el tríptico informativo a los pacientes. Consideramos que podría ser interesante realizar encuestas de forma eventual para comprobar con la práctica habitual sigue correspondiendo con unos valores adecuados de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/298 ===== ***

Nº de registro: 0298

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0298

1. TÍTULO

EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Título
EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Autores:
GOMARA DE LA CAL SARA, BENEDICTO PUYUELO LAURA, AGUILAR PAESA CRISTINA, GARCIA FAU MARIA PILAR, ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La broncoscopia, flexible y rígida, junto con las técnicas de diagnóstico de enfermedades pleurales, son procedimientos invasivos que requieren de la colaboración por parte del paciente así como de su consentimiento expreso. La sospecha de una patología subyacente junto a los posibles riesgos derivados de la prueba generan incertidumbre y ansiedad. Las explicaciones y atenciones por parte del personal implicado en el proceso diagnóstico mejoran la calidad percibida por los pacientes. Queremos conocer ésta por medio de un cuestionario y si la entrega de información escrita puede aumentar la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Entrega de tríptico informativo sobre los procedimientos a realizar.
2. Evaluación y mejora de la calidad percibida por los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos en la Unidad de Endoscopia y Neumología intervencionista.
3. Conocimiento de los aspectos de cada procedimiento que generan más incertidumbre. Detección de posibilidades de mejora.
4. Evaluación de las modificaciones obtenidas en la calidad percibida tras una información previa exhaustiva.

MÉTODO

1. Evaluación de la calidad percibida por el paciente, cuestionario validado, SERVQHOS
2. Entrega de tríptico informativo.
3. Resolución de dudas y recomendaciones.
4. Detección de posibilidades de mejora
- 5.-Evaluación de la calidad percibida por el paciente tras la entrega de información previa al procedimiento.

INDICADORES

1. Cumplimentación de encuesta de calidad previa a lectura de tríptico informativo/ total de pacientes sometidos a procedimientos. >70%
2. Evaluación de resultados obtenidos en dicho cuestionario
3. Entrega de tríptico informativo/total de pacientes sometidos a procedimientos >80%
4. Cumplimentación de encuesta de calidad tras lectura de tríptico informativo/ total de pacientes sometidos a procedimientos. >70%
5. Evaluación de resultados obtenidos en dicho cuestionario.
6. Análisis comparativo de los resultados antes y tras la entrega de cuestionario.
7. Detección de oportunidades de mejora.

DURACIÓN

1. Realización de encuestas: Octubre y Noviembre de 2016.
2. Análisis de resultados: Diciembre de 2016.
3. Entrega de tríptico informativo: Enero y Febrero de 2017.
4. Realización de encuestas: Enero y Febrero de 2017.
5. Análisis de resultados: Marzo de 2017.
6. Análisis comparativo entre encuestas: Marzo y Abril de 2017.
7. Detección de aspectos mejorados y mejorables.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0298

1. TÍTULO

EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICOINFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y PNEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0333

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE CLARA MARIA VIÑADO MAÑES
· 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
MINCHOLE LAPUENTE ELISA
GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL
LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER
LAHOZ BERNAL MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La Empresa adjudicataria del suministro de Terapias Respiratorias, Gasmedi, por medio de concurso público, a través del Contrato firmado con el Servicio Aragonés de Salud, colaboró para el aumento de la actividad asistencial y disminución de las listas de espera para el diagnóstico de la patología respiratoria del sueño (Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño, SAHS). Para ello, a través de la Fundación Hospital Miguel Servet, realizó una aportación económica permitiendo la contratación de Becarios Neumólogos, una vez cumplimentados todos los requisitos fiscales y legales.
Se revisaron las solicitudes provenientes de las diferentes consultas y se procedió a priorizar según datos clínicos y sociodemográficos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante un año de duración, de octubre de 2016 a octubre de 2017, se realizaron 351 estudios de sueño por medio de Poligrafía Respiratoria Domiciliaria. La media de edad de los pacientes fue de 61 años. 220 hombres y 131 mujeres. La demora entre la solicitud por parte de los Facultativos de Neumología y la realización del procedimiento diagnóstico fue de 90 días. Los diagnósticos fueron: 90 SAHS severo, 101 SAHS moderado, 91 SAHS leve y 64 normales. Se procedió a realizar titulación y tratamiento a aquellos que lo precisaron 90 severos y 101 moderados. Sólomente se precisó repetir estudios, por desconexiones del Polígrafo utilizado durante este proyecto, en 8 casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La alta prevalencia de la patología del sueño, SAHS, hace necesario invertir recursos humanos, materiales y económicos para alcanzar el diagnóstico y tratamiento con prontitud.
La experiencia se ha demostrado satisfactoria y es preciso demandar inversión e implementar nuevos proyectos de estas características.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/333 ===== ***

Nº de registro: 0333

Título
EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

Autores:
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA, VERA SOLSONA ELISABET, MINCHOLE LAPUENTE ELISA, GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL, LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER, LAHOZ BERNAL MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0333

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

PROBLEMA

- 4.1. El mayor conocimiento de las patologías asociadas al periodo de sueño y las evidencias científicas de su trascendencia para la salud, han creado una demanda de estudios ascendente en los últimos años. Específicamente, el Síndrome de Apnea- Hipopnea del Sueño (SAHS) afecta al 20% de la población adulta. Por otra parte, la coexistencia del mismo con otras enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, neuromusculares y sistémicas altera la historia natural de las mismas y su estrategia terapéutica. Por lo tanto, el AUMENTO DE SOLICITUDES para su estudio surge de las Consultas de Neumología pero también, cada vez más, de otras Especialidades y, por tanto, la DEMANDA y LISTAS DE ESPERA CONCOMITANTES.
- La Empresa Adjudicataria de las Terapias Respiratorias por medio de Concurso Público, GASMEDI, a través del Contrato firmado con el Servicio Aragonés de Salud, se comprometió a colaborar en la reducción de listas de espera y priorización de solicitudes a través de la cesión de Polígrafos Respiratorios (Alice PDX, Philips Respironics) y dotación de una beca Asistencial y de Investigación.
- 4.2. Se concedió una beca por la empresa GASMEDI para la realización de un total de 320 poligrafías domiciliarias nocturnas.
- 4.2. Conocer las características demográficas, índice de severidad y otros parámetros que se obtienen a través de esta prueba.
- 4.3. Seguimiento de estos pacientes tras la prueba inicial (PCRD) y de aquellos que se les pauta tratamiento conocer su cumplimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- 5.1 Complementar la cartera de servicios de Poligrafía Respiratoria Domiciliaria Nocturna (PCRD), por medio de concesión de Beca Asistencial y de Investigación patrocinada por la Empresa suministradora de Terapias Respiratorias a través de la Fundación Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Para ello, se contrata, en calidad de becados, a médicos Neumólogos, que realizan el número de PCRD determinados en el momento de la concesión de la beca.
- 5.2. Aplicación de nuevo dispositivo de PCRD e instalación de software para la descarga de resultados y emisión de informe.
- 5.3. Priorización de pacientes en lista de espera para la realización de PCRD, atendiendo a características clínicas y socio-laborales.
- 5.4. Disminución de lista de espera para esta pruebas.
- 5.5. Con el objetivo de completar el proceso diagnóstico-terapéutico de las pruebas patológicas un dispositivo adicional de Presión Continua en la Vía Aérea (CPAP) es cedida por la Empresa de Terapias.
- 5.6. Evaluación de resultados.

MÉTODO

- 6.1. Cesión por parte de la Empresa de Terapias Respiratorias. Calibración y puesta en marcha del nuevo Polígrafo, instalación del software en los ordenadores de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño.
- 6.2. Gestión por parte de la Fundación Hospital Miguel Servet de la cuenta creada para esta actividad. Cumplimentación de todos los requisitos fiscales y legales para la contratación de médicos neumólogos.
- 6.3. Revisión y priorización de los pacientes en lista de espera. Citación en la nueva agenda creada.
- 6.4. Atención a los pacientes siguiendo las directrices de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño. Historia clínica, enseñanza de manejo del dispositivo nocturno, descarga de datos al día siguiente y emisión de informes.
- 6.5. Evaluación de resultados.

INDICADORES

- 7.1. Pacientes integrados en el proyecto /total de pacientes pactado al comienzo del estudio >90%
- 7.2. Registro de datos completo, válidos para emisión de informes >80%
- 7.3. Grado de severidad de la patología.
- 7.4. Procesos diagnósticos que se complementan con titulación.
- 7.5. Procesos diagnósticos que requieren repetición.
- 7.6. Indicaciones de tratamiento atendiendo a resultados de las pruebas.
- 7.7. Reducción de lista de espera.

DURACIÓN

Continuación de la actividad ya comenzada.
Recogida de datos para valoración de actividad asistencial e investigadora a partir de Octubre de 2016.
Finalización una vez realizados los estudios contratados.
Evaluación y emisión de resultados en Octubre de 2017.

OBSERVACIONES

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA AHORA:

- Hasta el momento, se han realizado un total de 54 pruebas de las cuales hemos obtenido los siguientes resultados:
- Edad media de los pacientes: 52.9 años.
 - Clasificación de severidad según índice de apnea-hipopnea (IAH):
 - o Compatible con la normalidad: 11 pacientes.
 - o Leve: 13 pacientes.
 - o Moderada: 11 pacientes.
 - o Severo: 19 pacientes.
 - Derivación de pacientes tras el resultado de la PCRD:
 - o Derivación a su MAP: 15 pacientes.
 - o Repetición de la prueba/reevaluación: 10 pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0333

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

- o Titulación con autoCPAP (ACPAP): 15 pacientes.
- o Estudio vigilado en el hospital: 10 pacientes.
- o Decisión por su neumólogo de inicio de terapia según la clínica del paciente: 2 pacientes.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0347

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº I-VENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE JUSTA FONDEVILA MONGE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ LOPEZ CARMEN
PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA
LORENTE GENZOR MARIA JESUS
HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR
HERRERO LABARGA MARIA INES
PRADO MONGE CARLOS
NUEZ SEBASTIAN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un procedimiento .

En la consulta de fibrosis quística se entrega el consentimiento informado, prescripción médica del tratamiento y las indicaciones correspondientes.

Elaboración del díptico.

Adiestrar y educar al paciente para el manejo de la vía y correcta administración del tratamiento.

Sustitución de la vía por el personal de enfermería de la planta si fuese necesario.

Información al personal del servicio de la elaboración del procedimiento (rellenar diptico,cambio de vía...).

Registro de las complicaciones.

Encuesta telefónica a los pacientes incluidos en el estudio para valorar la eficacia del díptico entregado y el grado de satisfacción .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cumplimiento del circuito asistencial: (Neumólogo-Enfermería-Farmacia-Paciente).

Conocimiento por parte del personal implicado del procedimiento.

Adiestramiento y educación del paciente en el cuidado de la vía y la administración del tratamiento.

Disminución de la ansiedad del paciente y/o familiares.

Solventar las posibles complicaciones.

Evaluación de resultados.

Atención al paciente que requiere cuidados o cambio de vía.

INDICADORES UTILIZADOS:

1-Episodios de exacerbaciones infecciosas de FQ atendidas en el Hospital de día que disponen de toda la documentación/total de episodios de exacerbación infecciosas de FQ atendidas>80%

2- Cumplimentación del formulario en referencia a la colocación de la vía y administración del fármaco/total de tratamientos administrados >80%

3-Complicaciones de la vía o en la administración del tratamiento <40%

4-Nº de pacientes satisfechos / Nº de pacientes encuestados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0347

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº I-VENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1-Tras valorar la encuesta de opinión realizada a los pacientes del estudio se llegan a las siguientes conclusiones:

. 1-1 El 60% de los pacientes encuestados tiene un grado de satisfacción de 4 sobre 5

El 40% de los pacientes encuestados tiene un grado de satisfacción de 5 sobre 5

1-2 El 80% de los pacientes encuestados no cambiaría nada

El 20% restante cambiaría lo siguiente: Usar alargaderas más largas y poner en el díptico un apartado de observaciones del paciente. También se comenta usar un papel más resistente para la fabricación del díptico

2- Hemos observado que se ha disminuido la ansiedad en dichos los pacientes

3-Dado el éxito y la acogida entre los pacientes se plantea trasladar el proyecto a pacientes con otras patologías

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/347 ===== ***

Nº de registro: 0347

Título
PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº INTRAVENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Autores:
FONDEVILA MONGE JUSTA, GONZALEZ LOPEZ CARMEN, PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA, LORENTE GENZOR MARIA JESUS, HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR, HERRERO LABARGA MARIA INES, PRADO MONGE CARLOS, NUEZ SEBASTIAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
La atención a pacientes con Fibrosis Quística que presentan una exacerbación infecciosa respiratoria y precisan tratamiento intravenoso se viene realizando desde hace años en el Servicio de Neumología de forma domiciliaria en casos seleccionados.
Con este proyecto se pretende unificar criterios en el procedimiento de enfermería del tratamiento domiciliario así como detectar y prevenir posibles complicaciones. La atención a pacientes con Fibrosis Quística que presentan una exacerbación y necesitan un tratamiento intravenoso domiciliario (TAIVD) se realiza desde hace años en el Servicio de Neumología. Con ocasión de la creación de Hospital de Día, perteneciente a dicho Servicio, confeccionamos el presente Proyecto de Mejora de Calidad

RESULTADOS ESPERADOS

- 5.1. Creación de un circuito asistencial dinámico y comprensible.
- 5.2. Elaboración de un Procedimiento Común de Enfermería para la administración de este tipo de tratamiento: canalización y manejo especial de la vía periférica. Conexión al sistema de dispensación del antibiótico, preparado con este fin por el Servicio de Farmacia Hospitalaria.
- 5.3. Adiestramiento y educación del paciente en los cuidados de la vía y la administración de sucesivas dosis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0347

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº I-VENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

en su domicilio. Disminución de la ansiedad en pacientes y familiares.

5.4. Solventar las posibles complicaciones y necesidades de cambio de vía que surjan durante el periodo de tratamiento.

5.5. Evaluación de resultados, complicaciones y propuesta de actividades para mejorar la calidad.

MÉTODO

6.1. El paciente, una vez valorado en Consulta de Neumología, Unidad de Fibrosis Quística, que sufre una exacerbación infecciosa respiratoria y cumple criterios de tratamiento intravenoso domiciliario, recibe toda la información y documentación precisa. Entre ella, el Consentimiento Informado, la prescripción médica del tratamiento y las indicaciones correspondientes.

6.2. Elaboración de un díptico que también se entrega al paciente en el que figure: datos de identificación del paciente, alergias farmacológicas, orden de prescripción farmacológica (concordante con la prescripción habilitada para la preparación del antibiótico por parte del Servicio de Farmacia). Vía periférica utilizada para la colocación del catéter. Día de la realización. Tratamiento administrado. Dificultades en la aplicación de la primera dosis.

6.3. Adiestramiento y educación del paciente para el manejo de la vía y los fármacos en su domicilio. Entrega de la medicación y material necesario.

6.4. Atención al paciente que requiere nuevos cuidados de la vía o su sustitución de la misma durante el periodo de tratamiento.

6.5. Registro de las complicaciones ocurridas durante la administración del tratamiento en relación con la perfusión y efectos secundarios.

INDICADORES

7.1. Cumplimentación del formulario en referencia a la colocación de la vía y administración del fármaco/total de tratamientos administrados.

7.2. Adiestramiento del paciente/episodios con tratamiento intravenoso (TAIVD).

7.3. Atención al paciente que requiera de forma no programada cuidados o cambio de vía en menos de 24h/atención no programada.

7.4. Complicaciones de la vía o en la administración del tratamiento.

DURACIÓN

Presentación del Procedimiento de Actuación de Enfermería en Noviembre de 2016.

Elaboración del Díptico informativo y con datos a rellenar por el personal: Diciembre 2016.

Recogida de Datos: Enero 2017- Junio 2017.

Evaluación de Datos: Junio de 2017.

OBSERVACIONES

1. Conferencia de Consenso Tratamiento Antibiótico Domiciliario en Fibrosis Quística Archivos de Bronconeumología 2003-39(10)469-475.

2. Arias S. Inserción de catéteres venosos periféricos. En: Parra ML, Arias S, Esteban A, editores. Procedimientos y técnicas del paciente crítico. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003. p 303-8.

3. Carballo M. Elección de un catéter de acceso periférico. Rev ROL Enf 2004; 27: 423-30.

4. Centres for Disease Control and Prevention. APIC guidelines for infection practice. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. Am J Infect Control 1995; 23: 251-69.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0501

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA INES HERRERO LABARGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
VICENTE ITURBE CRISTINA
HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR
PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA
LORENTE GENZOR MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La atención a los pacientes en la Unidad de Adultos de FQ se basa en un protocolo derivado de los elaborados por las Sociedades Científicas. Los 30 pacientes controlados presentaron, en total, 90 exacerbaciones tratadas con antibióticos orales en el último año. Diez de estos pacientes precisaron 17 ciclos iv en este periodo de tiempo por exacerbación infecciosa por Pseudomona aeruginosa resistente a quinolonas orales o mala respuesta al tratamiento oral.
Los pacientes tratados presentaban deterioro funcional respiratorio de grado moderado o grave.
A todos ellos se les entregó un Documento de Consentimiento Informado, aprobado por la Unidad de Calidad Asistencial para el inicio del tratamiento intravenoso domiciliario (TAIVD) junto con un manual de procedimientos y registro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2017 se instauraron 17 ciclos de tratamiento antibiótico intravenoso domiciliario en los pacientes de la unidad de Fibrosis Quística (FQ) de este hospital.
Todos los pacientes firmaron el Consentimiento Informado previamente al inicio del tratamiento.
Todos los pacientes finalizaron correctamente el tratamiento.
La duración de los ciclos fue de 14 ó 21 días según las características y estado del paciente.
No se ha producido ninguna reacción alérgica ni complicaciones médicas durante el mismo.
Las complicaciones locales de la vía periférica han sido flebitis en número de 3.
Ningún paciente precisó ingreso hospitalario por exacerbación de su patología en los tres meses siguientes al tratamiento domiciliario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados satisfactorios, en cuanto a la evolución clínica y resolución de los procesos agudos evidenciados en este proyecto, así como en el llevado a cabo por el personal de enfermería nos animan a continuar en esta línea asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/501 ===== ***

Nº de registro: 0501

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

Autores:
HERRERO LABARGA MARIA INES, VIÑADO MAÑES CLARA MARIA, VICENTE ITURBE CRISTINA, HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR, PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA, LORENTE GENZOR MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0501

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

La Fibrosis Quística es la enfermedad genética letal mas frecuencia en nuestro medio, con una incidencia en nuestro país de uno de cada 4500/5000 nacidos vivos siendo la supervivencia actual de unos 41 años. Es una enfermedad multisistémica grave por alteración funcional de una proteína,CFTR, que actúa como canal de cloro. Se trasmite por herencia autosómica recesiva.

Afecta a las glándulas exocrinas dando lugar a un alteración de las características del moco Y provocando la aparición de bronquiectasias frecuentemente infectadas de forma crónica por patógenos agresivos, como la Pseudomona aeruginosa que deterioran de forma progresiva la función pulmonar.

El tratamiento Intravenoso domiciliario TAIVD es utilizado de forma habitual en las 2 últimas décadas a nivel internacional en el tratamiento de las exacerbaciones infecciosas respiratorias (especialmente por Pseudomona aeruginosa) en las Unidades de pacientes con Fibrosis Quística.

Su eficacia ha sido demostrada como similar a la del tratamiento en el ámbito hospitalario así como su seguridad en los pacientes seleccionados (una vez excluidos de exacerbación grave, insuficiencia respiratoria, cuadro séptico, hemoptisis moderada-grave, problemática psicosocial y mala cumplimentación terapéutica habitual.)

El TAIVD ahorra costes evitando ingresos hospitalarios y mejorando la utilización de recursos.

Desde enero del 2000 a diciembre del 2015se han realizado en nuestra unidad de Fibrosis Quística 165 ciclos de TAIVD en 34 pacientes adultos que presentaban exacerbación infecciosa respiratoria por Pseudomona aeruginosa. Dichos tratamientos han sido eficaces (eficacia similar a los realizados en el ámbito hospitalario), seguros sin ningún efecto adverso grave. Han supuesto un importante ahorro de costes evitando días de hospitalización junto con una mejora significativa de la calidad de vida de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- 5.1. Creación e implementación de un Protocolo de Actuación para el tratamiento intravenoso domiciliario en Fibrosis Quística.
- 5.2 Creación e implementación de un documento de Consentimiento Informado para ser firmado por el paciente al que se va a aplicar dicha terapia.
- 5.3. Aprobación por parte de la Unidad de Calidad Asistencial y la Dirección del Hospital
- 5.4. Registro de las características de las exacerbaciones tributarias de este tratamiento, evolución y posibles complicaciones.
- 5.5. Mejora del grado de satisfacción y seguridad clínica de los pacientes.

MÉTODO

- 6.1. Firma del Consentimiento Informado por parte del paciente o representante legal.
- 6.2. Aplicación del protocolo médico (según recomendaciones de las diferentes Sociedades Científicas).
- 6.3. Preparación, por parte del Servicio de Farmacología, de los antibióticos para uso intravenoso domiciliario.
- 6.4. Aplicación, por parte del personal de Enfermería del Servicio de Neumología, de la terapia en Hospital de Día.
- 6.5. Creación de base de datos y su evaluación posterior: sociodemográficos, clínicos, microbiológicos, tratamiento administrado, complicaciones y evolución.

INDICADORES

- 7.1. Episodio de exacerbación con firma del Consentimiento Informado/total de exacerbaciones
- 7.2 Determinación de episodios de exacerbación que, cumpliendo criterios, comienzan el tratamiento en Hospital de Día de Neumología/total de exacerbaciones.
- 7.3. Determinación de episodios de exacerbación que, cumpliendo criterios, finalizan correctamente el tratamiento/total de tratamientos domiciliarios i.v.
- 7.4. Complicaciones durante el periodo de tratamiento (médicas y/o vía periférica)/ total de . intravenoso/total de tratamientos domiciliarios i.v .

DURACIÓN

Presentación de Consentimiento Informado y Protocolo a la Unidad de Calidad Asistencial en Octubre-Noviembre de 2016.

El tratamiento domiciliario se realiza actualmente, con alto grado de satisfacción, en Hospital de Día de Neumología. No obstante, la recogida de datos comenzará en Noviembre de 2016.

Evaluación de datos en Octubre de 2017.

OBSERVACIONES

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Conferencia de Consenso Tratamiento Antibiotico Domiciliario en Fibrosis Quística Archivos de Bronconeumología 2003-39(10)469-475
2. R.Giron (S.Neumologia. Hospital de la Princesa Madrid). Eficiencia del Tratamiento intravenoso domiciliario en FQ .Med.Clin .2006,127(15)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0501

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0576

1. TÍTULO

PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE DE HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ANDION GARCIA BARRECHEGUREN
· Profesión ENFERMERO/A
· Colocion en diversos puntos de HD
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILAR GIMENO RITA
MUÑOZ JACOBO EVA MARIA
GRACIA MARCO PILAR
PEREZ MARCO ISABEL
CALVO SANZ VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
formación de grupo de mejora, con reuniones
diseño, realización e impresión de un plano del hospital de día a color con cada zona importante señalada y colocación en diversos puntos de HD
Realización, impresión y distribución a los pacientes de 1º día de un tríptico con diagramas de flujo de los diferentes itinerarios a seguir por los pacientes con la información básica y a color (los mismos que el plano)
distribución de dípticos a trabajadores de nueva incorporación
realización de encuestas pre y post entrega material
recolección de resultados, gráficos y conclusiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado la encuesta a 32 pacientes que venían al servicio de Hospital de Día por primera vez, de los cuales 18 eran mujeres y 14 hombres; 5 de ellos estaban comprendidos en una franja de edad entre 30-49, 15 tenían una edad comprendida entre 50-60 años y el resto eran mayores de 60 años.
Queríamos evaluar como es de efectiva la información recibida en las diferentes consultas y ver si les ha servido de ayuda los trípticos elaborados por nosotras destinados a ubicarlos en el espacio y saber cómo moverse por el servicio con el fin de mejorar las carencias detectadas.
Se ha recogido información de un grupo de 32 pacientes de entre 18-80 años, el 46,8% entre 50-60 años, 37,5% mayores de 60 años y un 15,7% entre 30-50 años. Con un porcentaje de mujeres 40% y 60% de hombres. Los pacientes dan una valoración media de 9,55 sobre 10 (máx satisfacción) a la información recibida, tanto en la consulta médica como en la de enfermería, piensan que es suficiente y se da de forma clara, solo un pequeño porcentaje se va con alguna duda.
Respecto a los trípticos, reciben una valoración media de 9 sobre 10 por todos los pacientes, les ayudan a orientarse y refuerzan la información que reciben de forma verbal; expresan que sin ellos no serían capaces de moverse con fluidez por nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestro proyecto de mejora ha sido muy bien recibido por nuestros pacientes y compañeros del servicio, el hecho de proporcionar en papel la información más importante y ver la distribución por colores de donde están ubicadas las salas, consultas, etc les facilita saber cual será el siguiente paso a seguir y donde tendrá que dirigirse. El tener un plano a color también ayuda mucho a orientarse cuando no saben muy bien donde ir y puede ser consultado en cualquier momento.
Anteriormente el paciente recibía mucha información verbal importante y no toda se le proporcionaba en papel, teniendo en cuenta la ansiedad con la que vienen estos pacientes debido al impacto que supone el diagnóstico de esta enfermedad, olvidaban los datos recibidos o hacía que los malentendieran, así que cada vez que venían al Hospital de Día andaban perdidos sin saber bien donde ir o que hacer.
Queda pendiente hacer énfasis en la entrega de los trípticos por el personal y en la entrega y explicación de la unidad al profesional sanitario de nueva incorporación, para que ellos también sean capaces de informar a los pacientes si lo necesitan y por otro lado tengan una adaptación más rápida al puesto de trabajo.

7. OBSERVACIONES.
Tenemos los gráficos hechos con el estudio por si necesitan que los adjuntemos en algún sitio.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/576 ===== ***

Nº de registro: 0576

Título
PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0576

1. TÍTULO

PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE DE HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Autores:
GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION, AGUILAR GIMENO RITA, MUÑOZ JACOBO EVA MARIA, GRACIA MARCO PILAR, PEREZ MARCO ISABEL, CALVO SANZ VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

A menudo observamos que los pacientes que llegan por primera vez a nuestro servicio tras recibir la noticia de su enfermedad y ante la complejidad del funcionamiento de Hospital de día, andan perdidos y sin haber asimilado la información recibida.

De la misma manera los trabajadores que acaban de incorporarse en nuestra unidad desconocen el circuito que pacientes, ordenes facultativas y medicaciones deben seguir hasta la correcta administración de los tratamientos.

RESULTADOS ESPERADOS

-Elaboración de una guía práctica que informe y oriente al paciente durante su estancia en el Hospital de Día .
-Disminuir la ansiedad del paciente y familiares.
-Aportar los conocimientos básicos para que los profesionales de nueva incorporación conozcan la rutina del trabajo de nuestro servicio.

MÉTODO

-Diseño de un plano en el que queden bien señalizados los puntos de interés.
-Diagramas de flujo con los diferentes itinerarios que pacientes y acompañantes tendrán que recorrer para resolver las distintas situaciones que se les irán planteando. (consultas médicas,analíticas,tratamientos,colocación de reservorios...)
-Realización y colocación de posters en puntos estrategicos de la unidad.
-Distribución de dípticos informativos a pacientes .
-Distribución de dípticos a trabajadores de nueva incorporación.

INDICADORES

-Encuesta a pacientes de primer dia en la consulta de enfermería.
-Repetición de encuesta aproximadamente al mes de su primera consulta con enfermería.
-Encuesta a los profesionales en su primer día en la unidad.
-Repetición de la encuesta a los profesionales después de una semana de trabajo.

DURACIÓN

• De noviembre 2016 a enero 2017: diseño de plano y diagramas de flujo varios.
-Realización de poster y dípticos.
• Febrero y Marzo 2017: Preparación de las encuestas e impresión del material realizado
• Abril a Agosto 2017 : -Entrega de información a pacientes y personal
-Realización de encuestas.
- Colocación de posters por el servicio
• Septiembre a Octubre 2017 : evaluación de los resultados y conclusiones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0618

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO

Fecha de entrada: 22/03/2018

2. RESPONSABLE DINORA POLANCO ALONSO
· 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
AGUILAR PAESA CRISTINA
CARRIZO SIERRA SANTIAGO
MARTINEZ PINILLA ELVIRA
SANCHEZ BARON ANDRES
AZNAR MANCEBO NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El síndrome de Apnea-Hipopnea de Sueño (SAHS) es un problema sanitario de primer orden, para evitar el infradiagnóstico, se crearon cuestionarios sencillos, de fácil aplicación, como STOP-Bang. Son 8 preguntas con respuestas dicotómicas sí/no, engloban aspectos clínicos, antropométricos, edad y género. A mayor puntuación, más probabilidad de presentar SAHS, y más severidad y necesidad de tratamiento. Presenta gran sensibilidad, puntuación =3 alta probabilidad de SAHS moderado-severo. La gran demanda asistencial en nuestro medio para realización de un procedimiento diagnóstico como la Poligrafía Cardiorrespiratoria domiciliaria nos obliga a establecer estrategias de priorización de la misma. Proponemos, como Línea de Mejora, la aplicación en las Consultas de Neumología del cuestionario así como su categorización. Según la puntuación establecemos diferentes prioridades: entre 5-8, alta, con un plazo para el diagnóstico de menos de 6 meses; entre 3-4, intermedia, plazo de 9 meses; 0-2 baja, plazo de 12 meses.

En la solicitud de realización de estudio de sueño se adjunta, además de la clínica, patologías asociadas y situación socio-laboral, el cuestionario SB. El ámbito de realización son las consultas de Neumología de los Centros Médicos de Especialidades. Estas solicitudes llegan a la Unidad de Trastornos del Sueño y se categorizan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados durante el año 2017 son los siguientes: De las 906 solicitudes de PCRD de todas las consultas de Neumología, 604 provenientes de los centros reseñados presentaban el Cuestionario. Se ordenan según puntuación:

- Puntos 8: 95 (15,7%)
- Puntos 7: 135 (22,3%)
- Puntos 6: 130 (21,5%)
- Puntos 5: 134 (22%)
- Puntos 4: 65 (10,74%)
- Puntos 3: 45 (7,43%)
- Puntos 0-2: no se han remitido

Se han ido seleccionando, en primer lugar las solicitudes con 7-8 puntos, realizándose 184 (80%), con una demora de 165 días de media (5,5 meses). 5-6 puntos, 86 pacientes (32%) con demora de 326 días (10,8 meses) y 3-4 23 pacientes (21%) con demora de 385 días (13 meses).

Respecto a los 184 pacientes con puntuaciones 7-8, SAHS severo son 164 (89%). 5-6 son 42 pacientes SAHS severo (42%). De los puntos 3-4, 3 pacientes SAHS severo (13,6%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados demuestran el esfuerzo para categorizar la severidad de SAHS y la necesidad de diagnóstico y tratamiento. Para los pacientes con alto valor predictivo de severidad (7-8) se han cumplido los plazos. La ingente cantidad de solicitudes hace más difícil la selección para el resto de puntuaciones. Es necesario, pero a la vez complicado, dada la gran demanda asistencial. Una vez establecido el protocolo, se continuará con el sistema en la práctica diaria asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/618 ===== ***

Nº de registro: 0618

Título
PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO "STOP BANG" DE SCREENING DE APNEA DEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0618

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO

SUEÑO

Autores:

POLANCO ALONSO DINORA, MARTIN CARPI MARIA TERESA, AGUILAR PAESA CRISTINA, CARRIZO SIERRA SANTIAGO, MARTINEZ PINILLA ELVIRA, SANCHEZ BARON ANDRES, AZNAR MANCEBO NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una entidad muy frecuente, con una prevalencia que oscila entre el 2-26% en la población general adulta . Los signos, síntomas y consecuencias que se producen en la apnea obstructiva del sueño son el resultado de las alteraciones que se producen por el colapso repetitivo de la vía aérea superior durante el sueño. Clínicamente la AOS se caracteriza por excesiva somnolencia diurna, roncopatía, apneas visualizadas, despertares nocturnos con sensación de ahogo, acompañados de al menos 5 episodios respiratorios obstructivos por hora durante el sueño. La presencia de más de 15 episodios obstructivos por hora, aún en ausencia de clínica sugestiva, se considera diagnóstico de AOS . Además, debido a diferentes mecanismos intermedios la AOS se ha relacionado con hipertensión arterial secundaria, que puede producir afectación de órganos diana, por lo que estos pacientes tendrán un mayor riesgo cardiovascular . A pesar de todo ello, el grado de infradiagnóstico de esta patología es elevado, lo cual es un problema sanitario importante. Uno de los ámbitos en los que este infradiagnóstico es decisivo es en la evaluación preanestésica de pacientes que van a ser sometidos a una cirugía programada, ya que se observó que los pacientes con AOS presentaban más complicaciones postoperatorias, sobre todo cardiorrespiratorias, y precisaban un manejo más complejo de vía aérea y sedación; por ello es conveniente identificarlos de forma rápida preoperatoriamente, para preveer estos eventos. En este contexto surgen herramientas de screening de AOS, como el cuestionario STOP- Bang, un cuestionario de screening de AOS empleado inicialmente en el ámbito preoperatorio en consultas anestésicas, pero que posteriormente ha sido validado en otras poblaciones, como pacientes remitidos a unidades de sueño. Consiste en un cuestionario de 8 preguntas con respuesta dicotómica (sí/no), que engloba aspectos tanto clínicos como antropométricos, edad y género. Las puntuaciones van de 0 a 8: se ha observado que 3 puntos es un buen punto de corte, con una elevada sensibilidad para detectar AOS, por lo que se trata de una buena herramienta de screening. Así, pacientes con puntuaciones entre 0- 2 puntos, tienen pocas probabilidades de tener AOS; asimismo, pacientes con entre 5-8 puntos se ha observado que tienen una elevada especificidad para detectar AOS moderado-severo. Actualmente en nuestro centro, la prueba diagnóstica de elección para la confirmación de una sospecha de AOS es la poligrafía cardiorrespiratoria. Debido a la elevada demanda de esta exploración, es habitual una demora de varios meses antes de llegar al diagnóstico final o a la exclusión del mismo. Por ello proponemos como línea de mejora la aplicación del cuestionario STOP-Bang en nuestra población de pacientes remitidos a la unidad de sueño, previo a la realización del estudio de sueño, como herramienta para priorización de los estudios.

RESULTADOS ESPERADOS

Priorización y ordenación de los pacientes en lista de espera para estudios de sueño.
Diagnóstico precoz de aquellos con más probabilidades de AOS moderada-severa.
Inicio precoz de tratamiento en pacientes con AOS moderada-severa.

MÉTODO

Incorporación del cuestionario STOP- Bang en el formulario de petición de estudios de sueño, a cumplimentar por el médico peticionario de la prueba.

A la recepción de las peticiones se asignaran 3 tipos de prioridades según la puntuación obtenida:

- Entre 5-8 puntos: prioridad alta.
- Entre 3-4 puntos: prioridad intermedia.
- Entre 0-2 puntos: prioridad baja.

Se deberán cumplir unos "plazos aconsejados" para la realización de los estudios según dichas prioridades:

- Prioridad alta: en 6 meses.
- Prioridad intermedia: en 9 meses.
- Prioridad baja: en 12 meses.

INDICADORES

Registro del resultado de la poligrafía cardiorrespiratoria y correlación con la puntuación en el cuestionario STOP- Bang y el grado de priorización asignado.

Estudio comparativo del "tiempo de espera" para estudios de sueño respecto a antes del protocolo de priorización:

- En pacientes con AOS severa y con AOS moderada sintomática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0618

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO

Registro de las peticiones de estudios de sueño recibidas y su categorización según la priorización con el cuestionario STOP- Bang.
Correlación entre las categorías de priorización según el cuestionario y el resultado final de la poligrafía cardiorrespiratoria.
Estudio comparativo del "tiempo de espera" para estudios de poligrafía cardiorrespiratoria respecto a la práctica habitual previa al presente protocolo:
- En pacientes con AOS severo y AOS moderada sintomática.
Detección de posibilidades de mejora según los resultados obtenidos

DURACIÓN

Fecha final: 01/03/2017
Cronograma:
Creación de base de datos para registro: 01/10/2016
Recogida de datos: 01/10/2016- 01/03/2017
Evaluación final: 2017

OBSERVACIONES

Bibliografía

1. F. Chung, R. Subramanyam, P. Liao, E. Sasaki, C. Shapiro and Y. Sun, " High STOP-Bang score indicates a high probability of obstructive sleep apnoea", British Journal of Anaesthesia 108 (5): 768- 75 (2012).
- 2, 2009. 3. W.T. McNicholas, M.R. Bonsignore, "European Respiratory Society monograph: Sleep Apnea", Clinical handbooks for the Respiratory professional, No. 50, 2010.
3. T.S. Vasu et al, "Obstructive sleep apnea syndrome and postoperative complications", Arch Otolaryngol Head Neck Surg/Vol. 136 (No.10), Oct 2010.
4. F. Chung, H. Abdullah, P. Liao, " STOP-Bang Questionnaire, A Practical Approach to Screen for Obstructive Sleep Apnea", CHEST 2016; 149(3):631-638.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN CASADO PELLEJERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERO CELADA DAVID
MARTA MORENO MARIA EUGENIA
ALARCIA ALEJOS RAQUEL
VELA MARIN ANA CARMEN
GONZALEZ GARCIA LAURA
NOVO GONZALEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha instaurado el protocolo de hidrocefalia crónica del adulto idiopática, se llevaron a cabo varias charlas acerca del mismo tanto en nuestro sector como en sector I y en sector de Huesca, todo ello cumpliendo el calendario marcado inicialmente. Se elaboró un documento para cada paciente y una base de datos conjunta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha podido llevar a cabo de momento una medición de los parámetros indicados, dado que el escaso número de pacientes no permitiría llevar a cabo conclusiones por el momento. Sí se observa una mejoría importante en los tiempos de espera desde el diagnóstico de sospecha inicial hasta la realización de los tests diagnósticos y la intervención quirúrgica, en casos necesarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Considero que el equipo de mejora ha conseguido unos resultados muy positivos, ya que se ha conseguido instaurar y poner en marcha un protocolo que se está demostrando muy útil en varios aspectos. En primer lugar, se han reducido los tiempos de espera de forma considerable, así como el número de ingresos para la realización de estudios. Por otra parte en la actualidad se realiza una mejor selección de pacientes que lleva a mejores resultados postquirúrgicos. Se ha conseguido una mayor colaboración entre servicios implicados, lo que conlleva en unas mejores condiciones de trabajo y en una información más homogénea a los pacientes. Queda pendiente una nueva reunión cuando el número de casos sea relevante, de cara a revisar los resultados. En la última reunión del grupo de mejora se valoró la posibilidad de ampliar el protocolo a hidrocefalias crónicas triventriculares.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/164 ===== ***

Nº de registro: 0164

Título
DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Autores:
CASADO PELLEJERO JUAN, RIVERO CELADA DAVID, MARTA MORENO MARIA EUGENIA, ALARCIA ALEJOS RAQUEL, VELA MARIN ANA CARMEN, COZAR BARTOS MAGDALENA, GONZALEZ GARCIA LAURA, NOVO GONZALEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Salud Mental
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

PROBLEMA

La Hidrocefalia Crónica del Adulto idiopática es una entidad creciente cuyo proceso diagnóstico es complejo y multidisciplinar: el paciente debe someterse a pruebas de imagen, tests neuropsicológicos y de la marcha y una batería de técnicas invasivas (punción lumbar evacuadora, test de infusión, monitorización de la presión intracraneal, etc) para ser considerado candidato a cirugía de derivación de líquido cefalorraquídeo.

Múltiples estudios demuestran que una cirugía temprana repercute de forma positiva en la calidad de vida de los pacientes, reduciendo los años de discapacidad de forma significativa. En el momento actual, la realización de los diferentes tests diagnósticos no se encuentra protocolizada y la atención de estos pacientes es altamente heterogénea. Por lo general, el paciente debe esperar a la realización ambulatoria de RM cerebral y, tras valoración por Neurología, esperar a ser citado con Neurocirugía. Posteriormente entra en lista de espera quirúrgica para realización de técnicas diagnósticas invasivas y, de resultar positivas, de nuevo entra en lista de espera para colocación de la derivación ventrículo-peritoneal.

Con la implementación de este nuevo protocolo pretendemos mejorar la atención sobre nuestros pacientes, ofreciendo una reducción importante en los tiempos de espera del proceso diagnóstico y terapéutico, así como la renovación y homogeneización de criterios según la más reciente evidencia científica.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Facilitar el diagnóstico de sospecha de la enfermedad a neurólogos y radiólogos de atención secundaria.
- 2) Homogeneizar las diferentes pruebas a realizar en todos los pacientes, así como los resultados considerados patológicos.
- 3) Reducir el tiempo de espera desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención quirúrgica.
- 4) Mejorar el conocimiento sobre la patología del propio paciente y familiares.
- 5) Reducir la morbi-mortalidad y la variabilidad en el tratamiento de estos pacientes.
- 6) Facilitar al profesional el acceso a los datos relacionados con la enfermedad.
- 7) Posibilitar la creación de una base de datos que nos permita un mejor conocimiento de la patología que tratamos y la realización de publicaciones.

MÉTODO

Coincidiendo con los puntos del apartado previo:

- 1) Creación de un protocolo para radiólogos y neurólogos de centros de especialidades que les permita llevar a cabo de forma sistematizada un diagnóstico de sospecha de Hidrocefalia Crónica del Adulto y la derivación temprana a nuestro centro.
- 2) Creación de un árbol de decisión basado en la evidencia científica que sistematice y homogeneice la atención de nuestros pacientes.
- 3) Ingreso hospitalario de todo paciente con sospecha clínica y radiológica de HCAi para diagnóstico rápido de la enfermedad mediante la realización de a) RM cerebral por parte del servicio de Radiodiagnóstico, b) punción lumbar evacuadora y tests de la marcha por parte del servicio de Neurología y c) técnicas quirúrgicas de diagnóstico invasivo por parte del servicio de Neurocirugía.
- 4) Realización de nuevos consentimientos informados quirúrgicos específicos para cada una de las diferentes pruebas a las que el paciente se va a someter.
- 5) Creación de una unidad de patología licuoral en el servicio de Neurocirugía.
- 6) Creación de una "ficha" de cada paciente en la que se detalle de forma clara y ordenada cada uno de los resultados de las pruebas realizadas, así como tipo de tratamiento, etc.
- 7) Creación de una base de datos de los pacientes con sospecha de HCAi que nos permita reevaluar nuestra actividad y mejorarla en el futuro.

INDICADORES

- 1) Número de ingresos hospitalarios de pacientes con sospecha de HCA.
- 2) Tiempo (semanas) transcurrido desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención o hasta el fin del proceso diagnóstico (en caso de resultados negativos).
- 3) Mejoría clínica del paciente a los tres y seis meses y al año y dos años de la intervención mediante el test de Kiefer.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

DURACIÓN

- Enero de 2017: finalización del protocolo (reuniones multidisciplinares) y presentación en el HUMS y centros de especialidades asociados.
- Febrero de 2017: puesta en marcha del protocolo hospitalario.
- Diciembre de 2017: primera evaluación de cumplimiento del protocolo y análisis de datos obtenidos.
- Enero de 2018: presentación del protocolo y primeros resultados a otros servicios aragoneses derivadores de patología al servicio de Neurocirugía.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN CASADO PELLEJERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERO CELADA DAVID
MARTA MORENO MARIA EUGENIA
ALARCIA ALEJOS RAQUEL
VELA MARIN ANA CARMEN
GONZALEZ GARCIA LAURA
NOVO GONZALEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este tiempo, hemos iniciado el protocolo de manejo de la hidrocefalia crónica del adulto idiopática, en el que colaboramos las especialidades de Neurocirugía, Neurología y Radiodiagnóstico.

Se impartió una charla para los especialistas de nuestro sector para dar a conocer los cambios en el manejo de esta patología, tanto a nivel de diagnóstico y tratamiento, como en lo que respecta al intento de disminuir los tiempos de espera. Se impartieron charlas con el mismo objetivo en otros centros de la comunidad.

Todos los nuevos casos de HCAI han entrado a formar parte del protocolo y quedan reflejados en su correspondiente "ficha del paciente". Se inició una base de datos multidisciplinar para recoger todos los pacientes estudiados. Se ha disminuido la lista de espera en estos pacientes tanto para la realización de pruebas diagnósticas como para la implantación de la derivación ventrículo-peritoneal en los casos indicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dada la reciente implantación del protocolo, queda pendiente todavía la revisión de los estándares planteados. Por el momento todos los pacientes con sospecha diagnóstica de HCAI han iniciado el protocolo, cumpliéndose los indicadores previstos y disminuyendo por ello la lista de espera para el diagnóstico y tratamiento de una patología benigna pero altamente incapacitante para el paciente y cuidadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo multidisciplinar que firma este proyecto de mejora se encuentra muy satisfecho con el trabajo realizado. Quedando pendiente todavía la valoración fiable de los datos cuando contemos con más meses de experiencia, somos conscientes de que nos encontramos en el buen camino. Para empezar, hemos creado un grupo de expertos multidisciplinar para el manejo de una patología compleja. Con ello y el protocolo creado, mejoramos la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas y con ello somos capaces de obtener mejores resultados (también objetables) en los pacientes en los que se coloca una DVP. Por otra parte, hemos disminuido de forma muy considerable el tiempo de espera de acceso a las diferentes pruebas, invasivas o no, así como el tiempo de espera quirúrgico en los casos en los que la intervención es necesaria. Todo ello conlleva una mejoría en la calidad de vida del paciente y cuidadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/164 ===== ***

Nº de registro: 0164

Título
DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Autores:
CASADO PELLEJERO JUAN, RIVERO CELADA DAVID, MARTA MORENO MARIA EUGENIA, ALARCIA ALEJOS RAQUEL, VELA MARIN ANA CARMEN, COZAR BARTOS MAGDALENA, GONZALEZ GARCIA LAURA, NOVO GONZALEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Salud Mental

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.:

PROBLEMA

La Hidrocefalia Crónica del Adulto idiopática es una entidad creciente cuyo proceso diagnóstico es complejo y multidisciplinar: el paciente debe someterse a pruebas de imagen, tests neuropsicológicos y de la marcha y una batería de técnicas invasivas (punción lumbar evacuadora, test de infusión, monitorización de la presión intracraneal, etc) para ser considerado candidato a cirugía de derivación de líquido cefalorraquídeo.

Múltiples estudios demuestran que una cirugía temprana repercute de forma positiva en la calidad de vida de los pacientes, reduciendo los años de discapacidad de forma significativa. En el momento actual, la realización de los diferentes tests diagnósticos no se encuentra protocolizada y la atención de estos pacientes es altamente heterogénea. Por lo general, el paciente debe esperar a la realización ambulatoria de RM cerebral y, tras valoración por Neurología, esperar a ser citado con Neurocirugía. Posteriormente entra en lista de espera quirúrgica para realización de técnicas diagnósticas invasivas y, de resultar positivas, de nuevo entra en lista de espera para colocación de la derivación ventrículo-peritoneal.

Con la implementación de este nuevo protocolo pretendemos mejorar la atención sobre nuestros pacientes, ofreciendo una reducción importante en los tiempos de espera del proceso diagnóstico y terapéutico, así como la renovación y homogeneización de criterios según la más reciente evidencia científica.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Facilitar el diagnóstico de sospecha de la enfermedad a neurólogos y radiólogos de atención secundaria.
- 2) Homogeneizar las diferentes pruebas a realizar en todos los pacientes, así como los resultados considerados patológicos.
- 3) Reducir el tiempo de espera desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención quirúrgica.
- 4) Mejorar el conocimiento sobre la patología del propio paciente y familiares.
- 5) Reducir la morbi-mortalidad y la variabilidad en el tratamiento de estos pacientes.
- 6) Facilitar al profesional el acceso a los datos relacionados con la enfermedad.
- 7) Posibilitar la creación de una base de datos que nos permita un mejor conocimiento de la patología que tratamos y la realización de publicaciones.

MÉTODO

Coincidiendo con los puntos del apartado previo:

- 1) Creación de un protocolo para radiólogos y neurólogos de centros de especialidades que les permita llevar a cabo de forma sistematizada un diagnóstico de sospecha de Hidrocefalia Crónica del Adulto y la derivación temprana a nuestro centro.
- 2) Creación de un árbol de decisión basado en la evidencia científica que sistematice y homogeneice la atención de nuestros pacientes.
- 3) Ingreso hospitalario de todo paciente con sospecha clínica y radiológica de HCAI para diagnóstico rápido de la enfermedad mediante la realización de a) RM cerebral por parte del servicio de Radiodiagnóstico, b) punción lumbar evacuadora y tests de la marcha por parte del servicio de Neurología y c) técnicas quirúrgicas de diagnóstico invasivo por parte del servicio de Neurocirugía.
- 4) Realización de nuevos consentimientos informados quirúrgicos específicos para cada una de las diferentes pruebas a las que el paciente se va a someter.
- 5) Creación de una unidad de patología licuoral en el servicio de Neurocirugía.
- 6) Creación de una "ficha" de cada paciente en la que se detalle de forma clara y ordenada cada uno de los resultados de las pruebas realizadas, así como tipo de tratamiento, etc.
- 7) Creación de una base de datos de los pacientes con sospecha de HCAI que nos permita reevaluar nuestra actividad y mejorarla en el futuro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

INDICADORES

- 1) Número de ingresos hospitalarios de pacientes con sospecha de HCA.
- 2) Tiempo (semanas) transcurrido desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención o hasta el fin del proceso diagnóstico (en caso de resultados negativos).
- 3) Mejoría clínica del paciente a los tres y seis meses y al año y dos años de la intervención mediante el test de Kiefer.

DURACIÓN

- Enero de 2017: finalización del protocolo (reuniones multidisciplinares) y presentación en el HUMS y centros de especialidades asociados.
- Febrero de 2017: puesta en marcha del protocolo hospitalario.
- Diciembre de 2017: primera evaluación de cumplimiento del protocolo y análisis de datos obtenidos.
- Enero de 2018: presentación del protocolo y primeros resultados a otros servicios aragoneses derivadores de patología al servicio de Neurocirugía.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0583

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE LAURA GONZALEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIURGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NOVO GONZALEZ BEATRIZ
CASADO PELLEJERO JUAN
RIVERO CELADA DAVID
ELENWOKE NNAMDI
AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA
ALBERDI VIÑAS JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron las reuniones que se establecieron para identificar los pacientes susceptibles del uso del dispositivo de telemetría, con el objetivo de optimizar los recursos asistenciales.
Se seleccionaron dos pacientes en 2017 susceptibles de ser intervenidos para el implante del dispositivo.
Se realizaron los informes de solicitud de material quirúrgico como corresponde, siendo aceptado su uso por parte de la Dirección del Hospital.
Se procedió al implante del dispositivo en dos pacientes: diciembre de 2016 y mayo de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes portadores del dispositivo se han seguido de forma trimestral en Consultas Externas de Neurocirugía.

En el paciente 1 se logró disminuir de forma evidente la necesidad de repetición de estudios de imagen de forma radical, dado que la medición de presiones intracraneales normales ha evitado de forma drástica la realización de innumerables pruebas que habrían sido motivadas por la ansiedad del paciente con respecto a su patología de base. También ha permitido que no nunca haya sido necesario modificar las presiones del sistema de derivación ventrículo-peritoneal que porta. Así mismo se ha realizado todo el seguimiento a través de las consultas externas, evitando sobrecargar los servicios de urgencias, cosa que habitualmente ocurre en este tipo de pacientes. El dispositivo se ha dejado implantado durante un año sin producir problemas, con la satisfacción de la paciente.

En el paciente 2 se identificó una patología que motiva una segunda intervención quirúrgica que, a nuestro juicio, puede ser definitiva mediante procedimiento endoscópico. El dispositivo ha sido retirado con este objetivo.

En los dos pacientes en los que se ha implantado el dispositivo se ha reducido hasta cero el número de ingresos hospitalarios para reevaluación de la presión intracraneal; ha disminuido de forma drástica el número de estudios de imagen tanto en urgencias (TAC) como aquellos solicitados en consultas (RMN) para control de la talla ventricular, no precisándose ningún estudio urgente en ambos, y únicamente un estudio de imagen a cada uno en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos de forma positiva los siguientes aspectos:

1. Cuidados "excelentes". Con la telemetría es posible mejorar los resultados de la atención mediante el control continuado y ambulatorio de la presión intracraneal del paciente en cualquier momento.
2. Mejorar la autonomía y responsabilidad de los pacientes sobre su salud: a través de un sistema que lleva implantado de forma permanente, que tendrá que proteger para que no sufra daños externos, y que no precisará de mantenimiento hospitalario salvo rotura o fallo técnico.
3. Mejora de la seguridad de los pacientes mediante la introducción de herramientas y procedimientos que disminuirán los riesgos derivados de los ingresos hospitalarios así como la posibilidad de sufrir infecciones nosocomiales.
4. Mejorar la utilización de recursos. El sistema pretende ser más costo-efectivo en relación al número de cirugías requeridas, el número de sensores implantados por paciente, así como en cuanto al número de estudios de imagen realizados en cada visita a Urgencias, ya que el sistema permite el registro de presiones en el acto mediante una antena y monitor que estarán disponibles en el hospital.
5. Atender las expectativas de los profesionales. Facilitando el seguimiento de los pacientes que se traslada del área hospitalaria al área de consultas ambulatorias.

Como limitaciones encontramos que, al tratarse de un sistema novedoso que solo se ha aplicado en dos pacientes, no es posible realizar estudio estadístico. La comparación de las diferentes ventajas del sistema se realizará entre las variables correspondientes y mediante los datos retrospectivos de pacientes con las mismas patologías tratados en nuestro centro hasta la actualidad.

Queda pendiente la realización de un informe de coste-efectividad del sistema a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0583

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

El proyecto seguirá adelante por nuestro máximo interés en patologías complejas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/583 ===== ***

Nº de registro: 0583

Título
OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

Autores:
GONZALEZ GARCIA LAURA, NOVO GONZALEZ BEATRIZ, CASADO PELLEJERO JUAN, RIVERO CELADA DAVID, MOLES HERBERA JESUS ADRIAN, ELENWOKE NNAMDI, AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA, ALBERDI VIÑAS JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Patología licuoral
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....: Aplicación de otras éticas llevadas a cabo con éxito. Investigación

PROBLEMA
La monitorización de la presión intracraneal (PIC) requiere un transductor invasivo que permita el registro de la presión media junto con la morfología de las ondas de presión intracraneales. Existe actualmente a disposición de nuestro servicio un dispositivo estándar que permite la monitorización de la PIC mientras el paciente se encuentra ingresado y conectado a un sistema de registro.
El sistema de medición telemétrica Raumedic Neurovent®-P-tel puede ser de utilidad como elemento diagnóstico y de seguimiento en pacientes con enfermedades crónicas y dependientes dentro de la patología licuoral compleja. El sistema permite el registro de la PIC de manera continuada y ambulatoria a lo largo de meses o años sin precisar de nuevas intervenciones quirúrgicas, nuevos implantes o nuevos ingresos hospitalarios cada vez que deba medirse la presión intracraneal.
Esta herramienta permitirá mejorar la calidad en nuestro servicio de salud en cuanto a la morbilidad del procedimiento, la estancia hospitalaria, los costes sanitarios, y aumenta la ganancia en calidad de vida y satisfacción del usuario.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejora en los cuidados del paciente. Con la telemetría será posible mejorar los resultados de la atención mediante el control continuado y ambulatorio de la presión intracraneal del paciente en cualquier momento.
2. Mejorar la autonomía y responsabilidad de los pacientes sobre su salud: a través de un sistema que llevará implantado de forma permanente, que tendrá que proteger para que no sufra daños externos, y que no precisará de mantenimiento hospitalario salvo rotura o fallo técnico.
3. Mejora de la seguridad de los pacientes mediante la introducción de herramientas y procedimientos que disminuirán los riesgos derivados de los ingresos hospitalarios así como la posibilidad de sufrir infecciones nosocomiales.
4. Mejorar la utilización de recursos. El sistema pretende ser más costo-efectivo en relación al número de cirugías requeridas, el número de sensores implantados por paciente, así como en cuanto al número de estudios de imagen realizados en cada visita a Urgencias, ya que el sistema permite el registro de presiones en el acto mediante una antena y monitor que estarán disponibles en el hospital.
5. Atender las expectativas de los profesionales. Facilitando el seguimiento de los pacientes que se traslada del área hospitalaria al área de consultas ambulatorias.

MÉTODO

- Reunión mensual del equipo de mejora para establecer planes de tratamiento y necesidades al alta para el seguimiento del dispositivo y optimizar la utilización de recursos asistenciales.
- Seguimiento trimestral en Consultas Externas de Neurocirugía de los pacientes portadores del dispositivo.
- Encuesta de satisfacción al paciente en relación con el diagnóstico y seguimiento de su enfermedad (disminución de cirugías y estudios de imagen).
- La comparación de las diferentes ventajas del sistema se realizará entre las variables correspondientes y mediante los datos retrospectivos de pacientes con las mismas patologías tratados en nuestro centro hasta la actualidad.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0583

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

- Registro en hoja de cálculo EXCEL de los datos de estos pacientes en los que se incluirán las variables: edad, sexo, diagnóstico principal, complicaciones en relación a la implantación del sistema telemétrico, si es intervenido quirúrgicamente o no, valoración postoperatoria y seguimiento trimestral.
- Reuniones mensuales del equipo de mejora para consensuar la lectura de los registros procedentes de los sensores implantados y el tratamiento óptimo para estos pacientes.
- Reuniones mensuales del equipo de mejora para revisar los resultados obtenidos en los pacientes portadores del sistema, que hayan requerido una o múltiples intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de su patología neuroquirúrgica.
- Porcentaje de pacientes en los que se ha reducido el número de estudios de imagen.
- Porcentaje de pacientes que hayan requerido un menor número de ingresos hospitalarios para reevaluación de la presión intracraneal.
- Porcentaje de informes de alta en HP doctor que incluyan estos pacientes y a derivación al alta a consulta especializada de Patología Licuoral compleja.

DURACIÓN

- Enero de 2017: Aceptación del sistema de telemetría y selección de pacientes para la indicación quirúrgica mencionada.
- Febrero de 2017: Primeros pacientes intervenidos para la implantación del sistema de telemetría.
- Diciembre de 2017: Evaluación de cumplimiento del protocolo y análisis de datos obtenidos hasta la fecha.
- Enero de 2018: Presentación de resultados.

OBSERVACIONES

El uso de la telemetría se ha llevado a cabo con éxito en otros centros o unidades en otras Comunidades Autónoma y en el extranjero.

Los centros españoles que por volumen y cartera de servicios son de categoría similar a la nuestra, en los que se está utilizando el sistema Raumedic Neurovent@-P-tel para la monitorización ambulatoria de la PIC son el Hospital Universitario-Politécnico La Fe de Valencia y el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

Otros servicios Neuroquirúrgicos Internacionales en los que también se ha utilizado: Saarland University Medical Center and Saarland University Faculty of Medicine, Homburg/Saar, Alemania. Uppsala University Hospital, 751 85, Uppsala, Suecia. Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Alemania.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL DOLZ ZAERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HADDAD GARAY MARIA
ALMARCEGUI LAFITA CARMEN
SERRANO TRILLO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha sistematizado la utilización de la información del sistema de calidad.
Se ha insistido en la importancia del registro de incidencias.
Se ha hecho un aresvisión periódoca de las incidencias y se han abierto las no conformidades oportunas.
Se han realizado reuniones con el personal del servicio para poner en común los acciones realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Implicación de todo el personal del servicio.
Superación safactoria de las auditorías tanto interna como externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia del trabajo continuado para el mantenimiento del sistema de calidad ISO 9001tras la implantación del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/876 ===== ***

Nº de registro: 0876

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Autores:
HADDAD GARAY MARIA, DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA, BARA MACHIN GLORIA, SIMON COSTEY AMPARO, PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2015.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Neurofisiología Clínica para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es: Mantener la certificación ISO 9001 obtenida en el año 2015.

RESULTADOS ESPERADOS
Una vez obtenida la certificación ISO 9001 el objetivo es conseguir mantener dicho sistema en nuestro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

servicio con el fin de lograr una mejora continua.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Insistir en la importancia del registro de incidencias. (R. Calidad, Grupo de mejora)
Revisión periódica de las incidencias y apertura de las no conformidades que se consideren oportunas.(R. Calidad).
Motivación de todo el personal del servicio en su implicación en el Sistema ISO. (R. Calidad, Grupo de mejora).

INDICADORES

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio.Octubre 2016/Octubre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Octubre 2016/Octubre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Fecha de entrada: 15/02/2018

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
VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA
BARA MACHIN GLORIA
SIMON COSTEY AMPARO
PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.
Insistir en la importancia del registro de incidencias. (R. Calidad, Grupo de mejora)
Revisión periódica de las incidencias y apertura de las no conformidades que se consideren oportunas.(R. Calidad).
Motivación de todo el personal del servicio en su implicación en el Sistema ISO. (R. Calidad, Grupo de mejora).
Auditoria interna: 16 marzo 2017
Revision por la Direccion: 6 abril 2017
Auditoria Externa: 21 abril 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Obtención de la certificación ISO 9001 en el año 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez obtenida la certificación ISO 9001 el objetivo es conseguir mantener dicho sistema en nuestro servicio con el fin de lograr una mejora continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/876 ===== ***

Nº de registro: 0876

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Autores:
HADDAD GARAY MARIA, DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA, BARA MACHIN GLORIA, SIMON COSTEY AMPARO, PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

según norma ISO 9001 desde el año 2015.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Neurofisiología Clínica para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es: Mantener la certificación ISO 9001 obtenida en el año 2015.

RESULTADOS ESPERADOS

Una vez obtenida la certificación ISO 9001 el objetivo es conseguir mantener dicho sistema en nuestro servicio con el fin de lograr una mejora continua.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Insistir en la importancia del registro de incidencias. (R. Calidad, Grupo de mejora)
Revisión periódica de las incidencias y apertura de las no conformidades que se consideren oportunas.(R. Calidad).
Motivación de todo el personal del servicio en su implicación en el Sistema ISO. (R. Calidad, Grupo de mejora).

INDICADORES

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio.Octubre 2016/Octubre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Octubre 2016/Octubre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0921

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL DOLZ ZAERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HADDAD GARAY MARIA
VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA
BARA MACHIN GLORIA
PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL
SIMON COSTEY AMPARO
CONDE OLIVAN GLORIA
MONTAÑES GOMEZ MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con ayuda del Servicio de citas y de la UCA se ha difundido de manera adecuada la nueva hoja de estudio neurofisiológico a los distintos profesionales que soliciten nuestras pruebas.
Se ha puesto a disposición de los solicitantes de nuestras pruebas, en la intranet, un formulario de solicitud de estudio neurofisiológico para poder rellenarlo on-line y otro para poder imprimirlo en formato papel . El facultativo solicitante podrá disponer de ambas formas para su adecuada cumplimentación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han empezado a recibir en el Servicio solicitudes de estudios neurofisiológicos con la nueva hoja unificada que se ajusta mucho mejor a las necesidades actuales del servicio.
La evaluación se llevará a cabo verificando las hojas de estudio neurofisiológico recibidas en nuestro servicio.
Primera comprobación de las solicitudes: Enero de 2017.
Fecha estimada de unificación de las mismas: Junio 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pese a haber difundido el nuevo formulario entre nuestros principales peticionarios siguen recibándose algunas solicitudes con los antiguos formatos. Se insistirá con aquellos servicios de los que haya más solicitudes antiguas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/921 ===== ***

Nº de registro: 0921

Título
UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO

Autores:
DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, HADDAD GARAY MARIA, VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA, BARA MACHIN GLORIA, PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL, SIMON COSTEY AMPARO, CONDE OLIVAN GLORIA, MONTAÑES GOMEZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0921

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO

El Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet tiene varios modelos de hojas de solicitud de estudios neurofisiológicos, que actualmente se quedan obsoletos. En algunos casos se producen duplicidades innecesarias de peticiones con los modelos antiguos, ya que algunos Items no están lo suficientemente claros.

Nuestro plantenamiento es:Unificar todos los modelos en uno solo.

RESULTADOS ESPERADOS

Recibir en el Servicio solicitudes de estudios neurofisiológicos con una nueva hoja unificada que se ajusta mucho mejor a las necesidades actuales del servicio.

MÉTODO

Con ayuda del Servicio de citaciones y de la UCA poder difundir de manera adecuada la nueva hoja de estudio neurofisiológico a los distintos profesionales que soliciten nuestras pruebas. Se pondrá a disposición de los solicitantes de nuestras pruebas, en la intranet, un formulario de solicitud de estudio neurofisiológico para poder rellenarlo on-line y otro para poder imprimirlo en formato papel. El facultativo solicitante podrá disponer de ambas formas para su adecuada cumplimentación.

INDICADORES

La evaluación se llevará a cabo verificando las hojas de estudio neurofisiológico recibidas en nuestro servicio.

DURACIÓN

-Primera comprobación de las solicitudes: Enero de 2017.
-Fecha estimada de unificación de las mismas: Junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0144

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

Fecha de entrada: 02/05/2018

2. RESPONSABLE JORGE ARTAL ROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTA MORENO JAVIER
TEJADA MEZA HERBERT
LATORRE JIMENEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 3 reuniones entre el equipo de mejora y la coordinación del 061 para concretar programa del curso adaptado a las necesidades surgidas por ambos estamentos (061 y Plan de atención al ictus Aragón).

Una vez realizado el programa este tuvo que ser suspendido por 2 hechos fundamentales:

1.- Se programó que a partir de octubre de 2017 se crearían guardias específicas de patología neurológica vascular. Estas serían guardias semipresenciales y focalizadas en el Hospital Universitario Miguel Servet como centro de referencia de Aragón con lo que el modo de derivación de pacientes cambia completamente.

2.- En 2017 apareció un nuevo estudio donde se amplió el "periodo ventana" para la realización de tratamiento de reperusión en la fase aguda del ictus por lo que también ha cambiado el tiempo que tenemos para realizar el tratamiento lo ha repercutido en el diseño de derivación de pacientes que teníamos.

El curso fue aplazado por estos motivos hasta hacer la reingeniería del proceso de derivación con estas novedades surgidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez realizado el nuevo diseño de derivación de pacientes y tras varias reuniones del equipo de mejora y el 061, se acordó realizar el curso el 13 de Junio de 2018 (fecha aprobada, curso acreditado y abierto el plazo de matrícula).

Se mantiene el formato del curso pero dado que actualmente recibimos pacientes de todo Aragón, se ha incluido en el programa a Neurólogos de otras áreas de Salud y las coordinadoras del 061 de todo Aragón.

Por lo tanto no podemos sacar conclusiones con respecto a los estándares fijados por la demora en la realización del curso. Lo enviaremos si fuera necesario una vez concluido el curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Adjuntamos programa del curso con los ponentes:

Fecha de impartición: 13/06/2018 Horario: 9 h a 14 h (con descanso de media hora) 15:30 a 21 h (Los alumnos se dividirán en tres grupos que rotarán de forma consecutiva por los distintos talleres para facilitar la participación) 1 hora de trabajo en casa para evaluación. Contenido:

- 9 - 9:15 h : Presentación del curso. Organización y coordinación de la asistencia para la trombectomía en Aragón

- Guardia de Neurovascular (Dr Javier Marta Moreno)

- 9:15- 10 h: Identificación de los síntomas de alarma del ictus . Exploración Neurológica. Principales síndromes clínicos en el ictus (Dra O.Alberti González)

-10:00- 10:30h: Activación de Código Ictus. Registro (Dra.Elena Garay)

-10:30-11:15 h: Guía de actuación y protocolo a seguir por parte de los servicios de emergencias ante Código Ictus (Dra.Ana Recaj)

-11:15-11:30h: Discusión y preguntas

-11:30- 12:00h: DESCANSO

-12:00-12:30 h: Neuroimagen multimodal para la selección de pacientes con ictus agudo (Dra: Maria José Gimeno

Peribáñez. Servicio de Radiología. HCUZ)

-12:30-13:00h: Tratamiento de reperusión en la fase aguda del ictus : Fibrinólisis intravenosa (Dra. Cristina Perez Lazaro)

-13:00-13:30h : Tratamiento de reperusión en la fase aguda del ictus: Trombectomía. (Dr. Jorge Artal Roy)

-13:30-14:00h: Discusión y preguntas (FIN DE LA PRIMERA PARTE)

-15:30-16:45h: Taller de escalas neurológicas en la valoración del paciente con ictus y su utilidad para la

selección de pacientes subsidiarios de terapias de reperusión. (Dr. Herbert Tejada Meza)

-17:00-18:15h: Taller de casos clínicos reales (Dra. Marta Palacín)

-18:30-20:00 : Visita tutorizada por las distintas fases del código ictus (Dr. Jorge Artal Roy/ Dra. Cristina

Pérez Lázaro)

-20:00-21:00h: Discusión y preguntas. (CLAUSURA DEL CURSO)

7. OBSERVACIONES.

He considerado esta memoria como final, pero más debería ser de seguimiento ya que el curso se va a realizar posteriormente y no obtendré resultados hasta que este se realice.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0144

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/144 ===== ***

Nº de registro: 0144

Título
PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS. NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

Autores:
ARTAL ROY JORGE, MARTA MORENO JAVIER, TEJADA MEZA HERBERT, RODRIGUEZ GASCON DIEGO, RECAJ IBAÑEZ ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad cerebro vascular es una de las principales causas de mortalidad en nuestra sociedad y la principal causa de discapacidad en el adulto. En los últimos años se ha producido un avance en los tratamientos de la fase aguda del ictus. Estos tratamientos (fibrinólisis intravenosa, fibrinólisis intrarterial y trombectomía mecánica) junto con la asistencia al paciente en unidades de ictus han demostrado mejorar mortalidad y pronóstico funcional de dichos pacientes, con tasas que superan el 60% de pacientes independientes a los 3 meses.

Estos tratamientos están muy influenciados por el tiempo que pasa desde el inicio de los síntomas hasta su aplicación, por lo que las tasas de recuperación disminuyen de forma exponencial cuanto más retrasamos su inicio. Los tratamientos actuales están aprobados solo para el tratamiento de casos en las 4,5 (fibrinólisis intravenosa) y 6 (intervencionismo) primeras horas del ictus. Con una organización óptima el 30% de los pacientes son candidatos al tratamiento, pero en nuestro medio sólo se consigue aplicar en un 10% de los pacientes, fundamentalmente por los retrasos que se producen.

Existen una serie de criterios clínicos de inclusión y exclusión que son revisados periódicamente introduciendo variaciones que requieren campañas de difusión entre los profesionales implicados en la cadena asistencial. Desde el Plan de atención al Ictus Aragón se han identificado algunos problemas en la fase del Código ictus extrahospitalario como son la falta de reconocimiento de los síntomas, falta de conocimiento de criterios de traslado urgente y activación del código ictus, falta de conocimiento de tratamientos alternativos que también requieren traslado urgente, escaso nº de activaciones del 061 desde los pacientes y médicos de AP, problemas en el reconocimiento del ictus como una urgencia, no activación de la llamada de preaviso, desconocer como se han jerarquizado las referencias de pacientes, desconocimiento del algoritmo al llegar, desconocimiento de los tratamientos que se ofrecen y como sus resultados dependen enormemente del tiempo. Este plan de mejora nace de la necesidad de solventar estos problemas y dar difusión entre los profesionales de las nuevas terapias de revascularización de las que actualmente se disponen para proporcionar una mejora de oportunidades a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar pacientes subsidiarios de traslado urgente a centro de referencia para tratamientos de revascularización en la fase aguda del ictus. Conocer los criterios clínicos de activación de código ictus extrahospitalario y modo de actuar para optimizar tiempos. Conocer cómo proceder en el traslado urgente y actuar frente complicaciones. Conocer las distintas técnicas de revascularización (fibrinólisis intravenosa, fibrinólisis intrarterial y trombectomía mecánica) y que pacientes se podrían beneficiar de unas u otras técnicas. Conocimiento básico del manejo del paciente en Unidades de Ictus y seguimiento del paciente.

MÉTODO

Se realizará un curso dirigido a todos aquellos que participan en la asistencia extrahospitalaria al ictus. El curso constará de dos días con los siguientes contenidos y responsables de los mismos:
DÍA 1 (teórico) (Dres. Marta, Recaj, Artal): ACV epidemiología en Aragón y magnitud del problema 9:00-9:30h. Código Ictus extrahospitalario. Algoritmo para la optimización de tiempos 9:30-10:00 h. Código ictus intrahospitalario 10:00-10:30 h Métodos diagnósticos en la fase aguda del ictus Terapias de revascularización 10:30-11:00 Criterios de activación del código ictus extrahospitalario. Identificación de pacientes candidatos 11:30-12:00h Derivación y Cuidados de traslado. 12:00-12:30h. Prevención y tratamiento de las complicaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0144

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

12:30-13:00h. Unidades de ictus 13:00-13:30

DIA 2 (Práctico) Taller práctico de identificación de casos, anamnesis básica y tiempo de inicio. Escalas.

9:00-10:30 Criterios de calidad y optimización de tiempos en el Código Ictus. 10:30-11:00 Traslados secundarios entre hospitales, errores diagnósticos. 11:30-12:00 h Visita tutorizada por las distintas fases del proceso ictus a nivel intrahospitalario 12:00-13:00 h. Visita a la Unidad de Ictus del Hospital U. Miguel Servet de Zaragoza. 13:30-14:00 h.

INDICADORES

El primer día se realizará una prueba tipo test sobre el código ictus extrahospitalario y la asistencia al ictus en su fase aguda . Este mismo test se volverá a realizar una vez terminado el curso. Se considerará una valoración positiva del curso si responden a más del 80% de las preguntas de forma correcta en el segundo test. .Se realizará una encuesta de satisfacción sobre los ponentes e idoneidad del curso una vez concluido . Se registrará la asistencia al curso mediante firma diaria

DURACIÓN

Los participantes serán distribuidos en dos grupos de 8 personas cada uno. El curso tendrá lugar el martes (jornada teórica) y el miércoles (jornada práctica) en dos semanas consecutivas. El primer grupo 8 y 9 de Noviembre, el segundo grupo 15 y 16 de Noviembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0340

1. TÍTULO

EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

Fecha de entrada: 16/02/2018

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.

FONDEVILA LOPEZ JOSEFINA
VILLAR TURON RAQUEL
VALENZUELA MENA JULIA
LAPRESTA MOROS CARLOS
PALACIOS MIGUEL YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En diversos estudios ha quedado demostrada la importancia de la desinfección de los fonendoscopios, ya que pueden ser transmisores de gérmenes patógenos. El presente trabajo se inició con una primera fase con el objetivo de evaluar los hábitos de desinfección de los fonendoscopios en nuestro hospital, identificar la presencia de gérmenes potencialmente patógenos en ellos y a partir de los datos obtenidos poder influir en el personal sanitario para mejorar los hábitos de limpieza.

Inicialmente se recogieron 87 muestras de la campana de los fonendoscopios, antes y después de limpiarlos y se analizaron en el laboratorio de Microbiología. Se usaron dos productos diferentes de limpieza con el fin de poder compararlos, alcohol 70° y toallitas comerciales destinadas a ese uso. También se recogieron datos sobre los hábitos y métodos de limpieza del fonendoscopio del personal sanitario a través de un formulario anónimo. Después del tratamiento estadístico de los datos se concluyó que el 90.8% de fonendoscopios del personal sanitario de hospitalización estaban contaminados por gérmenes, con un 4.8% de gérmenes potencialmente patógenos. En cuanto a las prácticas de desinfección, obtenidas a través de un cuestionario anónimo realizado por parte del personal sanitario, se concluyó que cerca del 65% limpiaba el fonendoscopio menos de una vez por semana.

Partiendo de estos datos obtenidos se inició la segunda y tercera fase del presente proyecto de mejora de la calidad, que han consistido en la realización de una campaña de concienciación para mejorar las prácticas de limpieza del fonendoscopio, seguida de una re-evaluación de la situación, de forma que se pudo determinar el grado de éxito de las medidas adoptadas en los hábitos de desinfección del fonendoscopio por parte del personal sanitario. Para ello realizamos:

- Un vídeo donde se reflejaba la importancia de seguir unos hábitos correctos de limpieza de los fonendoscopios. Este vídeo fue presentado en el certamen de Cine y Salud en Aragón, así como en las jornadas de calidad, y fue premiado en ambos casos (www.youtube.com/watch?v=MhzDbflsAdU)
- Se realizó una divulgación a través de la intranet del hospital y en el blog de la biblioteca médica del Hospital Miguel Servet (<https://biblioservet.blogspot.com.es>),
- Participación en sesiones clínicas de los servicios implicados en el estudio, informando al personal sanitario de los resultados obtenidos en la primera fase.
- Información a las supervisoras de las unidades para que divulguen los resultados entre el personal de enfermería.

En cuanto a la re-evaluación de la situación después de la campaña, el procedimiento es análogo al empleado en la primera fase:

- Se contactó con los servicios implicados en el estudio.
- Al personal se le entregó un formulario anónimo que recoge edad, sexo, categoría profesional, antigüedad en el puesto de trabajo, frecuencia de limpieza del fonendoscopio, método de limpieza usada y lugar donde se guarda el fonendoscopio durante y después del trabajo, a la vez que se recoge una muestra de su fonendoscopio.
- Se analizaron los resultados de los cultivos obtenidos en el laboratorio de Microbiología.
 - Se realizó una estadística con los resultados alcanzados tanto en cuestionarios anónimos como en cultivos comparando resultados pre y post intervención. El número de muestras, al igual que en la primera fase, ha sido de 87.

Desde el mes de septiembre a diciembre de 2016 se realizaron nuevas tomas de muestras de fonendoscopios. Posteriormente se elaboró un estudio estadístico, de donde se obtuvieron los resultados finales del proyecto. Se finalizó el estudio en febrero, marzo de 2017 ajustándose al calendario establecido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados iniciales:

- Inicialmente se aislaron bacterias en el 91% de las muestras y en cuatro de éstas. Se encontraron bacterias patógenas (2 SARM, 1 Pseudomona aeruginosa y 1 Acinetobacter)
- Tanto las toallitas comerciales como el alcohol de 70° demostraron una efectividad superior al 90% en la desinfección.
- La probabilidad de contaminación bacteriana de los fonendoscopios propios se mostró un 25,7% mayor que la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0340

1. TÍTULO

EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

de los fonendoscopios compartidos.

- En cuanto al lavado de manos, los resultados implican que la probabilidad de contaminación bacteriana de los fonendoscopios es inferior cuando se lavan las manos que cuando no. (RR 0,747 IC 95% 0,619-0,901)
- Y con respecto al hecho de guardar el fonendoscopio en un cajón tras el trabajo, los datos evidencian que cuando se guarda en un cajón la probabilidad de contaminación bacteriana de los fonendoscopios es inferior. (RR 0,826 con IC 95% 0,691-0,987)

Tras la fase de concienciación se realizó el análisis de los resultados obtenidos en lo que se hace referencia a la modificación de conocimientos y comportamientos a raíz de la intervención y en lo referente a la contaminación bacteriana de los fonendoscopios.

Resultados post intervención:

- Tras la intervención hay crecimiento bacteriano en el 59,77% de las muestras y en ninguna se hallaron bacterias patógenas. (RR de 0,650 y un IC 95% entre 0,541-0,781)
- El lavado de manos es mejor en el periodo pos intervención pasando de un 34,48% a un 52,33%
- La frecuencia de limpieza mensual está significativamente incrementada tras la intervención, y el número de encuestados que hacen una limpieza al menos semanal del fonendoscopio es mayor en esta segunda fase (con un RR de 1,733 y un IC entre 1,237 y 2,428). Los datos de RR se interpretan como que la limpieza semanal se ha incrementado en un 73,3% (IC 95% entre 23,7% y 142,8%). En contra no hay tan apenas diferencias en la proporción de encuestados que realizan limpieza del fonendoscopio después de cada contacto con el paciente.
- El tiempo transcurrido desde la última limpieza del fonendoscopio es significativamente inferior en los encuestados después de la campaña de concienciación contestando. Así los que contestan que han limpiado su fonendoscopio esa semana pasan a ser del 22,99% de los encuestados al 48,28% y los que contestan que lo limpian raramente han disminuido del 34,48% al 14,94%.

Se han recalculado los indicadores evaluando si después de la campaña se ha producido una mejora en los hábitos de limpieza del fonendoscopio por parte del personal sanitario y en todos los indicadores post intervención ha habido una mejora superior a la que inicialmente fijamos del 25% respecto a los resultados obtenidos en la primera fase.

1. Porcentaje de fonendoscopios con crecimiento bacteriano.

[Número de fonendoscopios con contaminación bacteriana / Número total de fonendoscopios analizados] x 100

Pre intervención: 91,95%

Post intervención: 59,77%

2. Porcentaje de fonendoscopios contaminados con agentes patógenos.

[Número de fonendoscopios contaminados con gérmenes patógenos / Número total de fonendoscopios analizados] x 100

Pre intervención: 4,60%

Post intervención: 0%

3. Porcentaje de personal sanitario que responde en la encuesta que limpia el fonendoscopio semanalmente.

[Número de sanitarios que responden en la encuesta que limpian el fonendoscopio al menos semanalmente / Número total de sanitarios encuestados] x 100

Pre intervención: 34,48%

Post intervención: 59,77%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Es necesario concienciar al personal sanitario de la importancia de la limpieza del fonendoscopio para prevenir infecciones nosocomiales.
- Los estudios ambientales y la educación basada en datos objetivos mejoran la seguridad del paciente.
- Los resultados post intervención son significativos, ha disminuido el crecimiento bacteriano en los fonendoscopios y ha mejorado la limpieza de los mismos.
- Campañas informativas periódicas y un fácil acceso a los productos de limpieza serían necesarias para mantener y reforzar en el tiempo estos hábitos adquiridos.
- A valorar también en cuanto al método o producto de elección para limpiar los fonendoscopios que en la primera fase de nuestro proyecto tanto las toallitas comerciales como el alcohol de 70° demostraron una efectividad superior al 90% en la desinfección.

VALORACION DEL PROYECTO EN RELACION A:

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

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0340

1. TÍTULO

EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/340 ===== ***

Nº de registro: 0340

Título
EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

Autores:
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, FONDEVILA LOPEZ JOSEFINA, VILLAR TURON RAQUEL, RUIZ ANDRES MARIA ANGELES, VALENZUELA MENA JULIA, LAPRESTA MOROS CARLOS, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, MILLAN LOU MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En diversos estudios previos, incluyendo la primera fase de este proyecto, se ha demostrado la importancia de la desinfección de los fonendoscopios por parte del personal sanitario, ya que pueden ser transmisores de gérmenes patógenos. Concretamente en la primera parte de este proyecto se concluyó que el 90.8% de fonendoscopios del personal sanitario de hospitalización estaban contaminados por gérmenes, con un 4.8% potencialmente patógenos. En cuanto a las prácticas de desinfección, obtenidas a través de un cuestionario anónimo realizado por parte del personal sanitario, se concluyó que cerca del 65% limpiaba el fonendoscopio menos de una vez por semana.

Tras esta primera fase de evaluación de la situación, se pasa a la segunda parte del proyecto, consistente en la realización de una campaña de concienciación para mejorar las prácticas de limpieza del fonendoscopio, seguida de una re-evaluación de la situación, de forma que se pueda determinar el grado de éxito de las medidas adoptadas en los hábitos de desinfección del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo del proyecto es determinar si se ha producido una mejora en cuanto a las prácticas de desinfección del fonendoscopio tras la campaña de concienciación realizada.
Otros objetivos específicos son:
- Identificar la presencia de gérmenes patógenos en los fonendoscopios.
- Evaluar por medio de un cuestionario estructurado las prácticas de desinfección de los fonendoscopios del personal sanitario.

MÉTODO
El método a seguir en esta fase comprende tanto la campaña de concienciación del personal sanitario (en la cual se emplearán los resultados obtenidos en la primera fase), como la re-evaluación de la situación, con la toma de nuevos datos que se compararán con aquellos de antes de la campaña.
El procedimiento seguido a la hora de realizar una campaña divulgativa y de concienciación para cambiar prácticas de limpieza consiste en:
• Realización de un video por parte de los componentes del equipo, donde reflejábamos las prácticas inadecuadas y la importancia de seguir unos hábitos correctos. Su reducida duración facilita su visionado en las redes sociales, fomentando su difusión entre el personal sanitario del HMS y de otros centros hospitalarios
• Participación en las sesiones clínicas de los servicios con mayor implicación en el estudio (Medicina Interna, Neurología...), informando tanto al personal médico como de enfermería de los resultados obtenidos en el proyecto.
• Realización de una presentación a las supervisoras de dichas unidades, para que éstas sean las encargada de divulgar los resultados del estudio al personal de enfermería.

En cuanto a la re-evaluación de la situación después de la campaña, el procedimiento es análogo al empleado en la primera fase:
• Contactar con los servicios implicados en el estudio: Medicina Interna, Neumología, Digestivo, Cardiología, Neurología y Traumatología.
• Al personal que consienta participar en el estudio se le entregará un formulario anónimo que recoge edad,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0340

1. TÍTULO

EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

sexo, categoría profesional, antigüedad en el puesto de trabajo, frecuencia de limpieza del fonendoscopio, método de limpieza usado y lugar donde se guarda el fonendoscopio durante y después del trabajo, a la vez que se recoge una muestra de su fonendoscopio.

- Se analizarán los resultados de los cultivos obtenidos en el laboratorio de Microbiología.
- Se realizará una estadística con los resultados alcanzados tanto en cuestionarios anónimos como en cultivos. El número de muestras, al igual que en la primera fase, se ha fijado en 87.

INDICADORES

- Porcentaje de fonendoscopios contaminados con agentes patógenos.
[Número de fonendoscopios contaminados con gérmenes patógenos / Número total de fonendoscopios analizados] x 100.
- Porcentaje de personal sanitario que responde en la encuesta que limpia el fonendoscopio semanalmente o tras cada uso.

[Número de sanitarios que responden en la encuesta que limpian el fonendoscopio semanalmente o tras cada uso / Número total de sanitarios encuestados] x 100.

Se recalcularán los indicadores enumerados anteriormente, evaluando si después de la campaña se ha producido una mejora en los hábitos de limpieza del fonendoscopio por parte del personal sanitario.

Una mejora del 25% respecto a los resultados obtenidos en la primera fase se consideraría satisfactoria.

DURACIÓN

Desde el mes de septiembre a diciembre de 2016 se realizarán nuevas tomas de muestras de fonendoscopios. Posteriormente se elaborará un estudio estadístico, de donde se obtendrán los resultados finales del proyecto. Se prevé la finalización del estudio en febrero de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0391

1. TÍTULO

MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

Fecha de entrada: 27/02/2018

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.

CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
MARTIN MARTINEZ JESUS
LADRON ORTEGA ASTRID
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA
ARTAL ROY JORGE
ALADREN SANGROS JESUS
RODRIGUEZ GASCON DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha planificado, desarrollado y evaluado un plan de formación a través de sesiones clínicas, acreditado, con participación conjunta de facultativos y enfermeros (Responsables: Supervisora y Jefe de Servicio)
- Se ha unificado la notificación, análisis y resolución de las incidencias y no conformidades. Todas ellas se recogen en una base de datos y se analizan con las partes implicadas conjuntamente (Responsables: Supervisora de Enfermería, Responsable de Calidad y Jefe de Servicio).
- Los resultados han sido trasladados al conjunto del Servicio en sesión conjunta (Enfermería y Facultativos)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En relación con lo planificado:

- Existencia del plan de formación anual: Sí, acreditado.
- Número de reuniones formativas conjuntas/año (Estándar >3/año): 4
- Notificación de incidencias (26) y análisis conjunto de aquellas que implican a enfermeros y médicos.
- Reuniones informativas periódicas del Servicio sobre las incidencias y no conformidades (Estándar >3/año): realizadas a través de las sesiones del servicio y de las reuniones del Grupo Impulsor de la ISO (formado por 4 médicos y 4 enfermeras): >6

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la comunicación y la integración profesional entre enfermería y facultativos en el Servicio, a través principalmente de la notificación de incidencias, de su discusión y de las actuaciones de mejora derivadas. El diseño de un programa docente con algunas sesiones conjuntas ha permitido abordar temas en los que hay una participación integrada de ambas profesiones. Además, fruto de esta mejora de comunicación y de integración de intereses se ha iniciado la planificación de actividades de investigación colaborativas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/391 ===== ***

Nº de registro: 0391

Título
MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

Autores:
ARA CALLIZO JOSE RAMON, CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS, MARTIN MARTINEZ JESUS, LADRON ORTEGA ASTRID, ROMEO LAGUARTA ANA MARIA, ARTAL ROY JORGE, ALADREN SANGROS JESUS, RODRIGUEZ GASCON DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0391

1. TÍTULO

MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Neurología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2015. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua. Una de las principales causas detectadas en el análisis de las no conformidades puestas de manifiesto en la Auditoría interna y en la revisión por la Dirección es la separación existente en el desempeño profesional de médicos y enfermeros. Su origen se remonta a los diferentes inicios y desarrollos laborales y curriculares de ambas profesiones de forma que a lo largo de la historia la enfermería ha tenido un papel subsidiario dentro del conocimiento y práctica de la medicina. En la actualidad, sin embargo, también en enfermería se ha ido constituyendo una creciente base teórica que sustenta y justifica su práctica autónoma por lo que estamos en un momento propicio para mejorar la integración asistencial, docente e investigadora entre medicina y enfermería, desde posiciones conceptuales más igualitarias y respetuosas.

Nuestro planteamiento es mejorar la integración enfermería-medicina a través de 2 actividades principales que permitan la mejora de procesos clave:

- Poner en marcha un plan general de formación con actividades específicas y compartidas entre médicos y enfermeros.
- Unificar la notificación y tratamiento conjunto de incidencias y no conformidades.

RESULTADOS ESPERADOS

El plan de formación permitirá elegir, desarrollar, acordar e implementar cuestiones que se consideren prioritarias en los ámbitos de la práctica profesional: asistencia, docencia, investigación y calidad. La unificación y tratamiento conjunto de incidencias y no conformidades nos permitirá abordar la mejora continua de una forma integrada y eficaz.

MÉTODO

- 1 - Plan de formación conjunto (responsables MJ Chopo y JR Ara)
 - Formación del Grupo de trabajo (responsables MJ Chopo y JR Ara)
 - Elección de fechas (periodicidad al menos bimensual) y forma de difusión de la información
 - Selección de temas y ponentes, vgr:
 - Gestión del riesgo: cuestionario de valoración de riesgos del paciente al ingreso, información, procedimientos de limitación de tratamientos, RCP y desfibrilador, etc.
 - Protocolos clínicos: Ictus, Epilepsia, vídeo EEG, etc.
 - Evaluación de los objetivos del Servicio
 - Control de asistencia y evaluación (responsables: enfermería y neurólogo)
- 2- Incidencias y no conformidades (responsables: Supervisora, MJ Chopo y Responsable de Calidad, J Martín)
 - Formación del Grupo de trabajo (responsables: Supervisora, MJ Chopo y Responsable de Calidad, J Martín)
 - Notificación de incidencias y traslado a base de datos (responsables: MIR 2 y enfermeras 2)
 - Discusión con el Responsable de Calidad y acciones correctivas y preventivas.
 - Revisión mensual con Jefe de Servicio y Supervisora de enfermería
 - Información al Servicio (trimestral)

INDICADORES

- Existencia del plan de formación anual (Sí/No)
- Número de reuniones formativas conjuntas/año. Estándar >3/año.
- Reuniones informativas periódicas del Servicio sobre las incidencias y no conformidades. Estándar >3/año.

DURACIÓN

- 1- Plan de formación conjunto (responsables Supervisora, MJ Chopo y Jefe de Servicio, JR Ara)
 - 1a- Formación del Grupo de trabajo: enero 2017
 - 1b- Elección de fechas (periodicidad al menos bimensual) y forma de difusión de la información: enero 2017
 - 1c- Selección de temas y ponentes: enero-febrero 2017
 - vgr:
 - Gestión del riesgo: cuestionario de valoración de riesgos del paciente al ingreso, información, procedimientos de limitación de tratamientos, RCP y desfibrilador...
 - Protocolos clínicos: Ictus, Epilepsia, etc.
 - Evaluación de los objetivos del Servicio
 - 1d- Control de asistencia y evaluación (responsables: enfermería y neurólogo): control de asistencia trimestral y evaluación final en diciembre 2017.
- 2- Incidencias y no conformidades (responsables: Supervisora, MJ Chopo y Responsable de calidad, J Martín)
 - 2a- Formación del Grupo de Trabajo: enero 2017.
 - 2b- Revisión de notificación de incidencias: mensual.
 - 2c- Información al Servicio: trimestral

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0391

1. TÍTULO

MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMAS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

Fecha de entrada: 27/02/2019

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 MANUEL
CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
SERRANO PONZ MARTA
LAMBEA GIL ALVARO
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN
VILLAR TURON RAQUEL
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se establecieron Objetivos e indicadores del Servicio para 2018.
Se planificaron las actividades necesarias para su cumplimentación
Se han revisado periódicamente logros y problemas y se han introducido cambios en la planificación y consecución de los objetivos de acuerdo a las incidencias surgidas: en los objetivos de calidad docente se han producido cambios de tutores y hemos tenido acceso al borrador del nuevo programa de la especialidad de Neurología, lo que ha conducido a la adaptación de las fichas de evaluación al programa lo que ha supuesto cambios en la planificación de actividades. De la misma forma, la implantación e la HC electrónica ha supuesto la paralización momentánea en la implantación de la hoja de evaluación de riesgos del paciente hospitalizado ya que estaba en papel. Se ha solicitado su inclusión en la HCE y se ha facilitado el modelo, pero todavía no ha sido incorporada. Además,
Se ha continuado con las reuniones periódicas programadas del Grupo impulsor de la ISO del Servicio (ver actas), y se ha realizado un análisis periódico de incidencias y no conformidades en las reuniones de este grupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha completado el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio.
Se ha analizado el grado de cumplimentación de los objetivos así como las dificultades que hemos tenido que afrontar en su desarrollo.
Se ha realizado la auditoría externa de la ISO 9001:2015 con ausencia de NO Conformidades.
Se ha preparado la documentación para la auditoría de la ISO 9001:2015 correspondiente a 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El modelo de la Certificación ISO supone un recurso metodológico que nos ayuda en la mejora continua del servicio que prestamos a los ciudadanos. Ayuda a mantener la "tensión" profesional necesaria para intentar ofrecer en lo posible la mejor práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1431 ===== ***

Nº de registro: 1431

Título
SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMAS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Autores:
ARA CALLIZO JOSE RAMON, CHOPO ALCUBILLA MARIA-JESUS, MARTIN MARTINEZ JESUS, SERRANO PONZ MARTA, LAMBEA GIL ALVARO, EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, VILLAR TURON RAQUEL, ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Calidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Alcanzar el cumplimiento de los objetivos anuales
2. Mantenerse dentro de los estándares establecidos en el conjunto de indicadores del Servicio
3. Introducir las acciones correctivas y preventivas derivadas de las incidencias y NC que se detecten

MÉTODO

- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2008

GENERALES

- 1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2017.
- 2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
- 3- Revisión trimestral de logros y problemas
- 4- Introducción de los cambios necesarios

ESPECÍFICAS

1. Creación del Grupo impulsor de la ISO del Servicio (que absorberá también las funciones del anterior Grupo de Calidad)

INDICADORES

Los objetivos e indicadores están especificados en la documentación de la ISO del Servicio

DURACIÓN

Planificación y evaluación de objetivos e indicadores establecidos en la documentación ISO del Servicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Fecha de entrada: 27/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA SERRANO PONZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
MARTIN MARTINEZ JESUS
LAMBEA GIL ALVARO
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN
VILLAR TURON RAQUEL
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA
ARA CALLIZO JOSE RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2017.
2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
3- Revisión trimestral de logros y problemas
4- Control de incidencias y No conformidades
5- Introducción de los cambios necesarios
6- Creación del Grupo impulsor de la ISO del Servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Objetivos de 2017 monitorizados, evaluados y planificadas las correcciones y mejoras para 2018.
- Incidencias y No conformidades analizadas y establecidos los cambios oportunos
- Creación del Grupo Impulsor de la ISO en sustitución del Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio el 8/8/2017
- Realización, análisis y establecimiento de cambios tras las encuestas realizadas a clientes externos en consultas y hospitalización y a clientes internos.
- Revisión de los indicadores de 2017 y introducción de cambios para 2018 una vez se disponga de la información completa.
- Programa de sesiones docentes acreditado realizado y evaluado.
- El 13 de febrero de 2018 hemos pasado la Auditoría interna sin apreciarse nuevas NO conformidades (queda pendiente de cierre una previa NC que recoge la necesidad de una enfermera en las consultas de capacitación específica)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo Impulsor de la ISO se revela como una estructura muy útil para el correcto seguimiento de los objetivos de Calidad del Servicio así como para el análisis de incidencias y no conformidades antes de su traslado al resto del Servicio. Facilita además la integración de acciones conjuntas entre enfermería y facultativos. La monitorización de los objetivos, de las incidencias, No conformidades y de los resultados de las encuestas de los clientes permite establecer los cambios necesarios para mejorar la práctica asistencial, así como la docencia e investigación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1431 ===== ***

Nº de registro: 1431

Título
SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Autores:
ARA CALLIZO JOSE RAMON, CHOPO ALCUBILLA MARIA-JESUS, MARTIN MARTINEZ JESUS, SERRANO PONZ MARTA, LAMBEA GIL ALVARO, EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, VILLAR TURON RAQUEL, ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Calidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
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.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Alcanzar el cumplimiento de los objetivos anuales
2. Mantenerse dentro de los estándares establecidos en el conjunto de indicadores del Servicio
3. Introducir las acciones correctivas y preventivas derivadas de las incidencias y NC que se detecten
.

MÉTODO
- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2008

GENERALES
1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2017.
2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
3- Revisión trimestral de logros y problemas
4- Introducción de los cambios necesarios

ESPECÍFICAS
1. Creación del Grupo impulsor de la ISO del Servicio (que absorberá también las funciones del anterior Grupo de Calidad)

INDICADORES
Los objetivos e indicadores están especificados en la documentación de la ISO del Servicio

DURACIÓN
Planificación y evaluación de objetivos e indicadores establecidos en la documentación ISO del Servicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0228

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ANA PILAR BRUN VALVERDE
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAVIÑA CASTAN ANA BELEN
BERGES PEREZ RUTH
MARCHADOR PINILLOS BEATRIZ
SEBASTIAN GURRIA MARIA ISABEL
ORTEGA LACAMBRA ELENA
COMET BERNAD MACARENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Junio-Octubre 2016: Actualización de póster, revisando últimos protocolos de la unidad
Noviembre 2016: Presentación a personal implicado
Diciembre 2016: Elaboración de encuestas de utilidad
Enero- Marzo 2017: Realización de encuestas sobre utilidad del póster al personal susceptible de utilizarlo
La encuesta realizada constaba de 6 preguntas en las que se valoraba utilidad, claridad explicativa, adecuación de contenido, grado de actualización de la información y accesibilidad/visibilidad del póster. La escala utilizada en las respuestas fue tipo Likert de 5 ítems.
Tras la encuesta se realizaron mejoras pertinentes (modificación tamaño letra, resalte pauta administración...) atendiendo a las observaciones de las encuestas realizadas.

Material utilizado:

- Fotocopias encuestas
- Impresión de poster para cada uno de los Servicios (Paritorio, Plantas 5º,6º y 7º HMI). Pendiente de impresión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La encuesta realizada constaba de 6 preguntas en las que se valoraba utilidad, claridad explicativa, adecuación de contenido, grado de actualización de la información y accesibilidad/visibilidad del póster. La escala utilizada en las respuestas fue tipo Likert de 5 ítems.
El resultado de las encuestas fue satisfactorio en relación a la valoración de la utilidad, claridad explicativa, contenido adecuado y actualizado, siendo considerado por la mayoría del personal una herramienta útil en su trabajo diario. Precisaría de una mayor difusión y de una ubicación adecuadas en la 5º planta del Hospital Materno Infantil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el póster sobre administración segura de fármacos en obstetricia es una herramienta útil en nuestro trabajo diario, que precisa de una revisión y actualización continua.
Es preciso encontrar una ubicación adecuada de este recurso para que su consulta sea fácil y accesible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/228 ===== ***

Nº de registro: 0228

Título
ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

Autores:
BRUN VALVERDE ANA PILAR, LAVIÑA CASTAN ANA BELEN, BERGES PEREZ RUTH, MARCHADOR PINILLOS BEATRIZ, SEBASTIAN GURRIA ISABEL, ORTEGA LACAMBRA ELENA, COMET BERNAD MACARENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0228

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cambio en los protocolos de administración de algunos fármacos utilizados en nuestro medio hace imperativa la revisión y actualización del " poster sobre administración segura de fármacos en obstetricia". Como se señalo en proyectos anteriores se pretende disminuir la variabilidad en las formas de administración segura de los fármacos, lo que implica una mejora de la calidad asistencial. Así mismo se pretende conocer la utilidad de dicho poster como herramienta para el personal habitual del servicio como aquel que trabaja en el de forma más eventual.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la seguridad de la gestante/ paciente
- Disminuir la variabilidad en la administración
- Disminución incidentes/ accidentes
- Aumento de la detección de reacciones adversas
- Conocer los nuevos protocolos de administración de fármacos en obstetricia

MÉTODO

- Revisión y actualización de póster por los miembros que forman parte del proyecto
- Presentación del mismo en las diferentes unidades de Obstetricia del Hospital Miguel Servet.
- Realización de encuesta sobre utilidad del mismo a los/as profesionales implicados en la administración de estos fármacos
- Reunión para valoración global del proyecto

INDICADORES

- Conocimiento de la actualización del póster entre enfermeras y matronas de las Unidades de Obstetricia
- Enfermeras que conocen su actualización /nº total de enfermeras
- Enfermeras en formación que conocen su actualización /nº total de enfermeras
- Matronas que conocen su actualización/nº total de matronas
- Residentes de Matrona que conocen su actualización/nº total de matronas
- Enfermeras que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de enfermeras
- Enfermeras en formación que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de enfermeras en formación
- Matronas que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de matronas
- Residentes de matrona que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de residentes de matrona

DURACIÓN

Junio-Octubre 2016: Revisión y actualización de poster
Octubre: Presentación a personal implicado
Noviembre2016-Enero 2017: Uso del mismo y realización de encuestas
Febrero 2017: Evaluación de indicadores

OBSERVACIONES

Recursos económicos necesarios: Los derivados de la impresión de los poster para los servicios implicados en los cuidados de la gestante

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0254

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE JAVIER HERNANDEZ PEREZ
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA
GALE EDERRA IDOYA
ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES TRIMESTRALES (OCTUBRE 2016, ENERO 2017, ABRIL 2017, JULIO 2017, OCTUBRE 2017, ENERO 2018). EN CADA REUNION SE ELABORÓ UN BORRADOR SOBRE UN TEMA DEL FOLLETO EDUCATIVO Y SE PLANTEÓ EL TEMA A TRATAR EN LA SIGUIENTE REUNION.
HEMOS ELABORADO LOS SIGUIENTES TEMAS PARA EL FOLLETO: CUIDADOS PERINEALES, LACTANCIA MATERNA, LACTANCIA MIXTA, LACTANCIA ARTIFICIAL, USO DEL SACALECHES, CONSERVACION DE LA LECHE EXTRAIDA, CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, Y RECOMENDACIONES AL ALTA.
SE HA ELABORADO UN BORRADOR DEL FOLLETO QUE ESTÁ PENDIENTE DE SU REVISIÓN FINAL Y MAQUETACIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HA ELABORADO UN BORRADOR DEL FOLLETO BASÁNDONOS EN REVISIONES SISTEMATICAS DE CADA UNO DE LOS TEMAS TRATADOS. EL BORRADOR ESTA PENDIENTE DE SU REVISIÓN Y MAQUETACIÓN.
UNA VEZ FINALIZADO SE LLEVARÁ A CABO SU TRADUCCIÓN AL INGLÉS, FRANCÉS, ÁRABE, RUMANO Y CHINO.
SE PREVEE QUE LA ENTREGA DE LOS FOLLETOS EDUCATIVOS A LAS PUERPERAS COMIENZE EN JUNIO DE 2018. SE VALORARÁ SU ENTREGA EN FORMATO PDF PARA EVITAR GASTOS DE IMPRESIÓN.
SE INTENTARÁ EVITA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROYECTO HA REQUERIDO MAS TIEMPO PARA SU ELABORACIÓN DEL QUE ESTABA PREVISTO EN EL CALENDARIO INICIAL. A PESAR DE ELLO, EL PROYECTO HA SIDO MUY ENRIQUECEDOR PARA EL EQUIPO A NIVEL PERSONAL Y FORMATIVO.
QUEDA PENDIENTE LA TRADUCCIÓN DEL TEXTO, CON LA DIFICULTAD DE LA TRADUCCIÓN A LENGUAS MENOS COMUNES COMO EL CHINO Y EL ÁRABE.
EL PROYECTO SERÁ MUY POSITIVO A NIVEL DE LA PACIENTE YA QUE AYUDARÁ A FIJAR LA INFORMACIÓN VERBAL QUE SE LE DA DURANTE EL INGRESO. Y SERÁ POSITIVO PARA EL PERSONAL DE LAS PLANTAS DE TOCOLOGÍA YA QUE SUPONDRÁ UNA HERRAMIENTA EDUCATIVA PARA EL PERSONAL NUEVO EN EL SERVICIO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/254 ===== ***

Nº de registro: 0254

Título
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA

Autores:
HERNANDEZ PEREZ JAVIER, LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA, GALE EDERRA IDOYA, ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS MARIA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0254

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las mujeres que dan a luz en nuestro hospital reciben educación para el cuidado de su salud y el de su bebé durante los 2-4 días de su ingreso hospitalario. Esta información es proporcionada diariamente por una matrona de forma oral e individualizada.

Las pacientes y sus familiares nos han comunicado en varias ocasiones la posibilidad de dar esta información por escrito porque muchas veces están cansadas tras el parto y no se sienten con capacidad de asimilar toda la información dada.

Además, la carga asistencial de la matrona es muy alta, ya que da educación a las púerperas de tres plantas hospitalarias, por lo que el tiempo destinado a cada mujer es limitado.

Por ello, hemos decidido que dicha información sea plasmada en un folleto informativo, que aunque no sustituya a la educación oral diaria, sirva para que la paciente y su familia pueda recordar todo lo que se le ha explicado y fije dichos conocimientos.

Además, dicha información servirá para que el personal de la planta se forme en cuidados puerperales, consiguiendo que todos los profesionales sanitarios que trabajan en dichas plantas aporten la misma información.

RESULTADOS ESPERADOS

Reforzar la Educación puerperal de las plantas de Puerperios del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

MÉTODO

Elaboraremos un folleto informativo con las indicaciones para el cuidado tras el parto y puerperio, así como de los cuidados generales del recién nacido.

Dicha información será traducida al inglés, francés, rumano, árabe y chino, para conseguir abarcar a la mayor población no castellano parlante.

INDICADORES

A las púerperas se les realizará una encuesta en el momento del alta hospitalaria para conocer su valoración del folleto. Esta encuesta será llevada a cabo por la matrona del puerperio el primer lunes de cada mes durante el tiempo que dure el proyecto de calidad. Además, dicha encuesta recogerá sugerencias sobre nuevos temas a incorporar en el folleto informativo que serán evaluadas al finalizar el proyecto.

DURACIÓN

- Noviembre de 2016: Elaboración del folleto y su traducción a los diferentes idiomas, así como elaboración de la encuesta de evaluación.

- Desde 1 Diciembre de 2016 hasta 31 de Septiembre de 2017: Inicio del reparto de folletos informativos

- Reunión evaluadora del proyecto: Segunda quincena de Septiembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0272

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LACOMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA OLIVAN LAMBEA
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMAYAS LORAO REBECA
VIÑERTA SERRANO ESTHER
LAVIÑA CASTAN ANA BELEN
SERRANO IBAÑEZ MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Análisis de las necesidades comunicativas en el Servicio con pacientes con dificultades idiomáticas y encuesta.
- Diseño del proyecto y reparto de tareas por equipos. Definición de los cuatro equipos.
- Reparto de tareas entre los miembros del equipo.
- Puesta en común posterior y presentación al resto de equipos.
- Consenso de las actividades hechas de cada miembro de cada equipo.
- Consenso de las actividades entre equipos. Con reuniones seriadas y programadas.
- Presentación del Proyecto en las Jornadas de Calidad de Junio de 2016 en formato comunicación.
- Aprobación de su impresión por parte de la Dirección de Enfermería, Gerencia y Dirección de Gestión.
- Edición de los cuadernos.
- Presentación a los profesionales y la prensa (27 de Noviembre de 2017)
- Entrevistas en Medios de Comunicación en días posteriores.
- Reparto de los Cuadernos a los distintos servicios.
- Comienzo en el uso de los Cuadernos de comunicación.
- Elaboración, compra del dominio y puesta en marcha de la página pictopartos.es

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Todavía es pronto para evaluar los resultados.
- Los cuadernos se están utilizando en estos momentos y empezando a ver si realmente son útiles tal y como se han elaborado
- Hasta la fecha actual se han utilizado al 100% de las situaciones detectadas
- Las personas a las que se les ha aplicado la comunicación con Pictogramas se han sentido informadas de sus procesos facilitándoles una asistencia integral
- Existe un uso libre de los cuadernos en la página pictopartos.es; en noviembre hubo 453 visitas, en diciembre 1254 y en enero 475, hasta fecha actual

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La valoración de todos los miembros del equipo es que está siendo una experiencia muy gratificante.
- Pensamos que este proyecto está siendo útil en la medida en que vaya siendo utilizado con una mayor frecuencia; así mismo, iremos diseñando mejoras en los cuadernos y modificándolos a medida que sea necesario, teniendo en cuenta la opinión de los profesionales que los están usando.
- En la implementación del proyecto, dependemos de la cantidad de mujeres que acudan a nuestro servicio y no hablen nuestro idioma.
- Recomendamos una mayor divulgación de los cuadernos para que puedan ser utilizados tanto en Atención Primaria como en otros hospitales de nuestra Comunidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0272

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/272 ===== ***

Nº de registro: 0272

Título
REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

Autores:
OLIVAN LAMBEA CRISTINA, SERRANO IBAÑEZ CARMEN, VIÑERTA SERRANO ESTHER, LAVIÑA CASTAN ANA BELEN, AMAYAS LORAO REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En la sección de Puerperio del HUMS atendemos un alto número de madres extranjeras (21'33%). Nos dimos cuenta de que muchas de las señoras que vienen a parir a nuestro hospital no pueden comunicarse con nosotros.
Algunas entienden poco castellano, y hablan menos aún.
En algunos casos vienen con sus maridos haciendo de "traductores espontáneos", aunque a nosotras nos queda la duda de si realmente les transmiten la información que les damos o la que ellos entienden o la que quieren darles (sobre todo con el tema de lactancia materna o cuidados puerperales).
El puerperio es un momento tan importante en la vida de esa mujer y de esa familia que exige de nosotros el mayor cuidado.
Y la comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona, tocólogo y enfermera) es una parte ESENCIAL en el cuidado.
No sólo queremos que entiendan lo que nosotros les decimos.
Queremos entender lo que ellas puedan necesitar, lo que nos quieran decir, sus miedos, su dolor físico o de otro tipo.
Tenemos situaciones muy duras (la muerte fetal es la más grave) en las que nuestro acompañamiento aún debe ser más cercano.
¿Cómo podemos explicar lo que está pasando, cómo podemos decirle a esa mujer qué va a pasar, qué vamos a hacer, ... si no tenemos instrumentos para hablar?

Por eso nos planteamos crear un cuaderno de Pictogramas.
Conocíamos los materiales que se usan en otras CCAA (Andalucía, Galicia, Castilla-León...) y vimos otros que se pueden encontrar en internet.
Pero nos resultaba muy escaso, no cubría todas las necesidades que veíamos.

Así que decidimos hacer un cuaderno para la Planta de Puerperio (5ª y 7ª).

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la comunicación con las puerperas no-castellano parlantes que llegan a nuestro hospital.
- Mejorar la comunicación con las señoras que presenten limitaciones en la comprensión o expresión oral.
- Elaborar un Cuaderno de Pictogramas que explique de forma gráfica cada uno de los pasos que vamos a ir desarrollando en Plantas de Hospitalización de Puerperio).
- Recabar la información necesaria para elaborar la Historia Clínica.
- Que las pacientes puedan transmitirnos sus necesidades y sentimientos.
- Que formulen preguntas libremente.
- Mejorar la atención que les damos y disminuir su miedo.
- Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de puerperio.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0272

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

- Trabajo en equipo, presencial y online.
- Trabajo de campo fotografiando lugares y material, y situaciones que queremos definir.
- Reuniones con Arasaac.
- Elaboración de dibujos.
- Elaboración de un Cuaderno de Comunicación

INDICADORES

- Encuesta a los profesionales. (El 80% de ellos considerará útil esta herramienta).

DURACIÓN

Inicio: Febrero del 2016 y tenemos previsto publicar el cuaderno en Otoño-Invierno de este año.

14 de Septiembre 2016: Reunión de todos los miembros del equipo de Pictogramas.

Septiembre 2016: Reuniones por Cuadernos.

Septiembre: Reunión con Arasaac para ver la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando.

Octubre: Presentación de los Proyectos de Mejora.

Octubre-Noviembre-Diciembre: maquetación de los Cuadernos.

Diciembre: Impresión de los cuadernos.

Enero 2017: Presentación a los compañeros de nuestro Servicio y a la Dirección y Gerencia del Hospital.

Febrero: Puesta en marcha de los cuadernos.

Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMÁTICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Fecha de entrada: 23/04/2018

2. RESPONSABLE OLIVIA NOELIA BUIL CARRERA
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERDUN PUEYO JULIA
CAMPOS TROL IRENE
IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO
LAENCINA LAZARO ROSARIO
MONTSERRAT CANTERA ESTHER
VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Trabajo en equipo, presencial y on-line.
-Fotografías del material y espacios de los servicios, incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
-Reuniones con Arasaac.
-Elaboración de dibujos.
-Elaboración de los cuatro cuadernos de comunicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Ha facilitado la comunicación y comprensión de las pacientes castellano-parlantes con el personal sanitario.
-Se ha mejorado la comunicación y comprensión del personal sanitario con la población diana.
-Se ha mejorado la atención proporcionada.
-Han disminuido los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
-Ha aportado una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Actualmente en la unidad de medicina materno-fetal el porcentaje de gestantes extranjeras atendidas supone el 21,33%
En muchos de estos casos presentan dificultades idiomáticas, interfiriendo en una adecuada relación asistencial. Puesto que la gestación es un proceso esencial en la vida de la mujer y el núcleo familiar, requiriendo del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada en cada momento del proceso.
La comunicación entre gestante y el equipo profesional (TCAE, Matronas, Enfermeras y Tocólogos) es una parte esencial en el cuidado.
No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiere comunicar al equipo sanitario.
Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de pictogramas. Seguimos evaluando y poniendo en marcha este proyecto día a día en nuestro trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/282 ===== ***

Nº de registro: 0282

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMÁTICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Autores:
VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA, MONTSERRAT CANTERA MARIA ESTHER, CAMPOS TROL IRENE, IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO, BUIL CARRERA OLIVIA NOELIA, BERDUN PUEYO JULIA, LAENCINA LAZARO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMÁTICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Se atienden a alrededor de un 20% de gestantes cada año con las que en algunas ocasiones existen graves problemas de comunicación.

Las mujeres que están ingresadas en esta Unidad necesitan entender los signos de alarma que les explicamos al ingreso y ante cuya presencia deben avisar al personal de enfermería de la planta. Estos signos están individualizados en función de la causa por la cual está ingresada la mujer. Es importante que nos avisen de cualquier cambio que experimenten a lo largo del ingreso para poder asegurarles unos correctos cuidados de enfermería. En algunos casos la información que nos aporte la mujer será de vital importancia para el buen pronóstico de la salud tanto de la madre como del bebé.

Creemos que el diseño de unos cuadernos de pictogramas puede ayudarnos a profesionales y a pacientes a mejorar la comunicación con este tipo de pacientes garantizando unos adecuados cuidados. Dichos cuadernos englobarán diferentes fotografías y dibujos de los signos y síntomas que más a menudo presentan las mujeres ingresadas en esta unidad, cuidados que deben de llevar a cabo y actuaciones de enfermería. Dichos pictogramas estarán agrupados según los diagnósticos más frecuentes que encontramos en la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la comunicación con las gestantes en las que la barrera idiomática supone limitaciones asistenciales. Facilitar la comunicación con aquellas usuarias que presentan limitaciones en la comprensión o expresión oral. Elaborar un cuaderno de pictogramas que permita recopilar la información necesaria para una correcta cumplimentación de la historia clínica y que recoja de forma gráfica los procedimientos que se van a realizar. Promover la expresión de necesidades y sentimientos por parte de las usuarias, disminuyendo sus temores y ansiedad. Aportar una mayor calidad en la prestación de cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

MÉTODO

Trabajo en equipo del personal implicado, tanto de modo presencial como online.
Trabajo de campo: fotografías de material, entorno y situaciones a definir.
Reuniones colaborativas con personal de ARASAAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa)
Diseño de pictogramas.
Elaboración del cuaderno de comunicación.
Evaluación del procedimiento y resultados.

INDICADORES

Debido al problema de comunicación con las gestantes que no hablan nuestro idioma, existe una gran dificultad en que podamos objetivar su grado de satisfacción respecto a la comunicación con el personal sanitario.

Por este motivo, se elaborará un cuestionario dirigido al personal de la Planta de Medicina Materno-fetal. Se utilizará como indicador el grado de satisfacción que los profesionales de la planta tienen sobre la comunicación con pacientes que no hablan español. Monitorizaremos otros aspectos como la percepción del profesional sobre la actitud del paciente (temor, colaboración...), la influencia que puede tener los problemas de comunicación con el cumplimiento del tratamiento prescrito, la facilidad en la elaboración de la historia clínica... Este cuestionario se compondrá de preguntas cerradas, que se responderán mediante una escala Likert de 5 valores. La misma encuesta se pasará en dos ocasiones, antes de empezar a utilizar los pictogramas y transcurrido un tiempo de su implantación en la planta. Revaluación anual de la pertinencia de los pictogramas existentes y valorar la inclusión de nuevos pictogramas que respondan a las posibles necesidades detectadas.

DURACIÓN

La distribución temporal del anteproyecto propuesto de mejora de la calidad, basada en la elaboración de pictogramas, se ha desarrollado a partir del calendario que se expondrá a continuación. El trabajo ha sido temporalizado piramidalmente a partir de tres niveles: un primer nivel de coordinación de grupos para implantar la organización y pautas de trabajo a seguir; un segundo nivel centrado en el trabajo por plantas-cuaderno específico, y; un tercer nivel de trabajo personal y/o pequeño grupo conforme a la tarea asignada.

CRONOGRAMA:

Febrero 2016: Inicio proyecto. (Reunión 1-2): jueves 11/ jueves 25
Marzo 2016: R-3: jueves 10
Abril 2016: R-4: jueves 14

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMÁTICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Mayo 2016: R-5: miércoles 11
Junio 2016: R-6: miércoles 8
Septiembre 2016: Reuniones por cuadernos: martes 6
Reuniones con ARASAAC: martes 20/martes 27
Octubre 2016: Presentación del proyecto.
Noviembre 2016: Maquetación.
Diciembre 2016: Impresión.
Enero 2017: Presentación al Personal del Servicio, Dirección y Gerencia del Hospital.
Febrero a junio 2017: Puesta en marcha del cuaderno.
Junio 2018: Revisión y evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMÁTICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE NELIA VILLUENDAS FERNANDEZ
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTSERRAT CANTERA ESTHER
CAMPOS TROL IRENE
IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO
BUIL CARRERA OLIVIA NOELIA
BERDUN PUEYO JULIA
LAENCINA LAZARO ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas en el proyecto han sido:

- Análisis de las necesidades comunicativas en el Servicio con pacientes con dificultades idiomáticas y encuesta.
- Diseño del proyecto y reparto de tareas por equipos. Definición de los 4 equipos.
- Realización de los Cuadernos por parte de cada equipo.
- Consenso de las actividades intra equipos y entre equipos. Con reuniones seriadas y programadas.
- Presentación del Proyecto en las Jornadas de Calidad de Junio 2016 en formato Comunicación.
- Aprobación de su impresión por parte de la Dirección de Enfermería, Gerencia y Dirección de Gestión.
- Edición de los Cuadernos.
- Presentación a los profesionales y Prensa. (27 de Noviembre 2017)
- Entrevistas en Medios de Comunicación en días posteriores.
- Reparto de los Cuadernos a los distintos Servicios.
- Comienzo en el uso de los Cuadernos de comunicación.
- Elaboración, compra del dominio y puesta en marcha de la página pictopartos.es

No se han cumplido los plazos previstos, los cuadernos se finalizaron en Noviembre del 2017. Debido al breve periodo de tiempo transcurrido, aun no se han repartido las encuestas de satisfacción a los profesionales.

Está pendiente hacer llegar los cuadernos al resto de los Hospitales de Aragón.

Recursos empleados: Sala de reuniones del Hospital Materno-Infantil, material informático de los miembros de cada equipo, Sala de informática de Docencia, material elaborado por arasaac. Y básicamente el tiempo y la dedicación de las personas que integran el equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a que la finalización de los cuadernos fue en Noviembre del 2017 no se han podido evaluar resultados por el breve periodo de tiempo en el que se han utilizado en el Servicio.

Desde el primer día que se finalizaron los cuadernos, se están utilizando y se está empezando a valorar si realmente son útiles o precisan alguna mejora. Hasta la fecha actual se han utilizado al 100% de las situaciones detectadas.

Las mujeres con las que nos hemos ayudado con los pictogramas para favorecer la comunicación se han sentido informadas de sus procesos facilitándoles una asistencia integral.

En cuanto al uso libre de los cuadernos en la página pictopartos.es: en Noviembre hubo 453 visitas, en Diciembre 1254 y en Enero hasta la fecha actual, 475.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de todos los miembros del equipo es que está siendo una experiencia muy gratificante. Pensamos que este proyecto está siendo útil y conforme se vayan utilizando con mayor frecuencia, iremos diseñando mejor los cuadernos y modificándolos en la medida que sea necesario, teniendo en cuenta la opinión de todos los profesionales que los están usando.
En la implementación del Proyecto, dependemos de la cantidad de mujeres que acudan a nuestro servicio y no hablen nuestro idioma.
Recomendamos una mayor divulgación de los cuadernos para que puedan ser utilizados tanto en Atención Primaria como en otros hospitales de nuestra Comunidad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/282 ===== ***

Nº de registro: 0282

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Autores:
VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA, MONTSERRAT CANTERA MARIA ESTHER, CAMPOS TROL IRENE, IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO, BUIL CARRERA OLIVIA NOELIA, BERDUN PUEYO JULIA, LAENCINA LAZARO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se atienden a alrededor de un 20% de gestantes cada año con las que en algunas ocasiones existen graves problemas de comunicación.

Las mujeres que están ingresadas en esta Unidad necesitan entender los signos de alarma que les explicamos al ingreso y ante cuya presencia deben avisar al personal de enfermería de la planta. Estos signos están individualizados en función de la causa por la cual está ingresada la mujer. Es importante que nos avisen de cualquier cambio que experimenten a lo largo del ingreso para poder asegurarles unos correctos cuidados de enfermería. En algunos casos la información que nos aporte la mujer será de vital importancia para el buen pronóstico de la salud tanto de la madre como del bebé.

Creemos que el diseño de unos cuadernos de pictogramas puede ayudarnos a profesionales y a pacientes a mejorar la comunicación con este tipo de pacientes garantizando unos adecuados cuidados. Dichos cuadernos englobarán diferentes fotografías y dibujos de los signos y síntomas que más a menudo presentan las mujeres ingresadas en esta unidad, cuidados que deben de llevar a cabo y actuaciones de enfermería. Dichos pictogramas estarán agrupados según los diagnósticos más frecuentes que encontramos en la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la comunicación con las gestantes en las que la barrera idiomática supone limitaciones asistenciales. Facilitar la comunicación con aquellas usuarias que presentan limitaciones en la comprensión o expresión oral. Elaborar un cuaderno de pictogramas que permita recopilar la información necesaria para una correcta cumplimentación de la historia clínica y que recoja de forma gráfica los procedimientos que se van a realizar. Promover la expresión de necesidades y sentimientos por parte de las usuarias, disminuyendo sus temores y ansiedad. Aportar una mayor calidad en la prestación de cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

MÉTODO
Trabajo en equipo del personal implicado, tanto de modo presencial como online.
Trabajo de campo: fotografías de material, entorno y situaciones a definir.
Reuniones colaborativas con personal de ARASAAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa)
Diseño de pictogramas.
Elaboración del cuaderno de comunicación.
Evaluación del procedimiento y resultados.

INDICADORES
Debido al problema de comunicación con las gestantes que no hablan nuestro idioma, existe una gran dificultad en que podamos objetivar su grado de satisfacción respecto a la comunicación con el personal sanitario.

Por este motivo, se elaborará un cuestionario dirigido al personal de la Planta de Medicina Materno-fetal. Se utilizará como indicador el grado de satisfacción que los profesionales de la planta tienen sobre la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMÁTICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

comunicación con pacientes que no hablan español. Monitorizaremos otros aspectos como la percepción del profesional sobre la actitud del paciente (temor, colaboración...), la influencia que puede tener los problemas de comunicación con el cumplimiento del tratamiento prescrito, la facilidad en la elaboración de la historia clínica... Este cuestionario se compondrá de preguntas cerradas, que se responderán mediante una escala Likert de 5 valores. La misma encuesta se pasará en dos ocasiones, antes de empezar a utilizar los pictogramas y transcurrido un tiempo de su implantación en la planta. Revaluación anual de la pertinencia de los pictogramas existentes y valorar la inclusión de nuevos pictogramas que respondan a las posibles necesidades detectadas.

DURACIÓN

La distribución temporal del anteproyecto propuesto de mejora de la calidad, basada en la elaboración de pictogramas, se ha desarrollado a partir del calendario que se expondrá a continuación. El trabajo ha sido temporalizado piramidalmente a partir de tres niveles: un primer nivel de coordinación de grupos para implantar la organización y pautas de trabajo a seguir; un segundo nivel centrado en el trabajo por plantas-cuaderno específico, y; un tercer nivel de trabajo personal y/o pequeño grupo conforme a la tarea asignada.

CRONOGRAMA:

Febrero 2016: Inicio proyecto. (Reunión 1-2): jueves 11/ jueves 25
Marzo 2016: R-3: jueves 10
Abril 2016: R-4: jueves 14
Mayo 2016: R-5: miércoles 11
Junio 2016: R-6: miércoles 8
Septiembre 2016: Reuniones por cuadernos: martes 6
Reuniones con ARASAAC: martes 20/martes 27
Octubre 2016: Presentación del proyecto.
Noviembre 2016: Maquetación.
Diciembre 2016: Impresión.
Enero 2017: Presentación al Personal del Servicio, Dirección y Gerencia del Hospital.
Febrero a junio 2017: Puesta en marcha del cuaderno.
Junio 2018: Revisión y evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0345

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR MAÑAS MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SANZ MARIA PILAR
BUIL MARTINEZ MIREIA
HERNANDEZ MORA MARIA CRISTINA
BAQUERO MUÑOZ ANA ISABEL
PERAL AROCA CONCEPCION
COSTA PEREZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Contexto

El proyecto se llevó a cabo en la planta de Ginecología que se corresponde con la segunda planta de hospitalización del Hospital Materno Infantil Miguel Servet de Zaragoza. La hipótesis de trabajo, se planteó en julio de 2016 y a partir de ese momento se comenzaron a elaborar las bases del mismo. El proyecto se presentó para su admisión en la convocatoria de proyectos de mejora del año 2017, y se implantó en la unidad tras su aprobación en febrero de 2017.

Los datos del proyecto se obtuvieron durante el periodo comprendido entre febrero y diciembre de 2017, inclusive los meses citados. Las pacientes fueron informadas de la finalidad del proyecto, y para participar en él, se solicitó la adecuada cumplimentación del consentimiento informado específico. Se trataron de manera codificada los datos recogidos, para mantener la confidencialidad y el anonimato de la participante. Tanto su recogida como procesado se realizó en la misma unidad.

Población a estudio

La población a estudio comprendió las pacientes de sexo femenino ingresadas en la planta segunda de Ginecología del Hospital Materno Infantil Miguel Servet de Zaragoza, programadas para cirugía de patología o tumor vulvar, durante el año 2017. Se reclutaron un total de veintiuna pacientes, de las cuales, tres no quisieron participar en el estudio y una se excluyó debido a su traslado a otra unidad del hospital. La muestra final obtenida fue de dieciocho participantes.

Criterios de inclusión:

- Mujer ingresada en hospitalización de Ginecología pendiente de cirugía programada de patología/tumor de origen vulvar.
- Obtención del consentimiento de la paciente para la participación en el estudio, cumplimentación del documento.

Criterios de exclusión:

- Mujer ingresada en hospitalización de Ginecología sometida a cirugía programada de patología vulvar, para exéresis de pequeña lesión (herida quirúrgica menor o igual a 2 centímetros)
- Mujer ingresada en hospitalización de Ginecología sometida a cirugía programada de patología/ tumor de origen vulvar, para la obtención de biopsias.
- Mujer ingresada en hospitalización de Ginecología pendiente de cirugía ginecológica programada que no aborda patología vulvar.
- Deterioro cognitivo grave diagnosticado.
- Paciente trasladada a otra unidad durante el postoperatorio.
- No deseo de la paciente a participar en el estudio.

Actividades desarrolladas

- Actualización de cuidados de enfermería durante el postoperatorio de cirugía vulvar, consensuados con el equipo de la unidad de Ginecología.
- Implantación de cuidados estandarizados de enfermería durante el postoperatorio de cirugía vulvar.
- Estudio observacional prospectivo, con la finalidad de valorar los aspectos clave presentes en el postoperatorio de este tipo de cirugía.
- Valoración del impacto sobre la calidad de vida ante esta nueva situación de salud, mediante la administración del cuestionario FACT V.
- Valoración del nivel de satisfacción de las pacientes intervenidas de cirugía vulvar durante la hospitalización, mediante la administración a la paciente de la encuesta de satisfacción del Sector II.
- Fomento de la autonomía de la paciente y la movilización precoz en el postoperatorio. Educación sanitaria.

Cronograma

- Hipótesis... Julio 2016
- Búsqueda bibliográfica ... Julio- Octubre 2016
- Revisión de cuidados. Septiembre- Octubre 2016
- Presentación de Proyecto de Mejora... Octubre 2016
- Preparación de documentación (HI, CI, FACT V...) ... Noviembre- Diciembre 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0345

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

- Revisión de documentación. Enero- Febrero 2017
- Aprobación Proyecto de Mejora... Febrero 2017
- Recogida de datos... Febrero - Diciembre 2017
- Procesado de datos... Enero 2018
- Análisis de resultados ... Febrero- Marzo 2018
- Redacción de informe de resultados tras análisis estadístico ... Abril- Mayo 2018

Recursos empleados

El desarrollo del proyecto se llevó a cabo gracias a la adecuada coordinación del propio equipo de mejora, y gracias a la colaboración del equipo de la planta de Ginecología, que tras conocer el proyecto de mejora se implicó en aplicar los cuidados consensuados.

Para llevar a cabo el desarrollo del proyecto en sí, se realizó un reparto de tareas entre las componentes del equipo, y se realizó un seguimiento de las actividades de forma continua, tanto de manera presencial mediante reuniones o mediante uso de TIC (Tecnologías de la información y la comunicación). También se obtuvo el apoyo y un seguimiento del proyecto por parte de la Unidad de Calidad de enfermería del HUMS.

La recogida de datos se realizó de manera secuencial y de manera estructurada mediante la cumplimentación de una ficha realizada para la ocasión. De manera semanal se comprobó el parte quirúrgico para valorar las pacientes candidatas a formar parte del proyecto, y se comunicó a los integrantes del equipo de mejora.

Como recursos materiales, se solicitó al servicio de recursos materiales del hospital la dispensación de Polihexamida acuosa (Prontosan solución®) para su uso como antiséptico local de la herida quirúrgica, y alginato en crema (Askina calgitrol paste®) en caso de dehiscencia de la misma. Debido a la situación anatómica de la herida quirúrgica, no se utilizaron apósitos de tejido para proteger la herida, y como alternativa se utilizó polímero de silicona en spray (Cutimed®). En casos de dehiscencia, se utilizaron gasas o compresas estériles sujetas con ropa interior de malla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos registrados se obtuvieron durante el año 2017. Se reclutaron a las pacientes candidatas a participar en el proyecto, y tras informarles de la finalidad del mismo y obtener su consentimiento, se obtuvieron los datos estudiados a través de una entrevista con la paciente, datos clínicos de la H²C^a, y dos cuestionarios autoadministrados (FACT V y Encuesta de satisfacción del sector). Todos los datos se trataron de manera codificada, manteniendo la confidencialidad y el anonimato.

En un primer análisis, hemos obtenido una valoración positiva de los resultados, no obstante, no se ha terminado de concluir el análisis estadístico, el cual se está llevando a cabo con la colaboración de la Unidad de Enfermería en Innovación e Investigación del Hospital Miguel Servet.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desarrollar cuidados estandarizados consensuados por el equipo que integra la unidad ha facilitado la atención a la paciente intervenida de patología vulvar y el desarrollo de la actividad asistencial. La unificación de cuidados ha permitido realizar un seguimiento más estrecho y continuado de este tipo de postoperatorio.

Como limitaciones, por un lado hemos encontrado la inestabilidad de plantilla. Para mitigar este aspecto, se ha puesto a disposición del personal de la unidad, el mapa de cuidados correspondiente al proyecto y se ha fomentado la comunicación y el trabajo en equipo. No obstante, consideramos que los cambios de personal que integra la unidad ha dificultado el desarrollo del proyecto y la continuidad del mismo. La falta de conocimientos y familiaridad con el proceso, y la variabilidad de la práctica clínica ha dificultado en ocasiones el desarrollo del mismo.

Por otro lado, la sobrecarga asistencial y la atención a pacientes pluripatológicos de diferentes especialidades también han dificultado el desarrollo del programa.

Otro aspecto a mejorar que consideramos importante, es optimizar la coordinación con equipos de colaboración. Resultaría interesante en un futuro mejorar la comunicación con profesionales que colaboran en el proceso quirúrgico de vulva, para continuar con la unificación y consenso de cuidados. De esta manera, se podría reducir la variabilidad de la práctica clínica y trabajar en equipo en la búsqueda de la mejora asistencial del paciente.

Recomendaciones

Consideramos fundamental para desarrollar un proyecto la estabilidad de plantilla para favorecer el sentido de pertenencia a un grupo y obtener un alto grado de implicación de los profesionales a proyectos de mejora asistencial. Un equipo familiarizado con el proyecto presenta un mayor grado de motivación y está más receptivo en la búsqueda de medidas para mejorar la atención asistencial del paciente.

7. OBSERVACIONES.

El PROYECTO DE MEJORA se ha llevado a cabo en el SECTOR II, en el HOSPITAL MIGUEL SERVET.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/345 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0345

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

Nº de registro: 0345

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

Autores:
MAÑAS MARTINEZ MARIA DEL MAR, RODRIGUEZ SANZ PILAR, BUIL MARTINEZ MIREIA, HERNANDEZ MORA MARIA CRISTINA, LORENTE MARTIN SILVIA, BAQUERO MUÑOZ ANA ISABEL, PERAL AROCA CONCEPCION, COSTA PEREZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tumor de vulva es en la actualidad la cuarta causa de neoplasia del tracto genital femenino, tras endometrio, cérvix y ovario. En España es la causante de 500 muertes anuales por esta patología. Habitualmente se asocia a la mujer de edad avanzada. Sin embargo, en estudios recientes se observa un segundo pico, aunque más pequeño, en mujeres de 40 - 50 años. Este aumento está en relación con el aumento de la incidencia de la lesión neoplásica vulvar intraepitelial (VIN) y a la mayor prevalencia de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en estas pacientes.

El tratamiento de elección en el cáncer de vulva es quirúrgico. El tipo de intervención quirúrgica viene determinado por el estadio tumoral marcado por el Comité Oncológico de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO). Se realiza vulvectomía simple o radical a partir de estadio II. En los últimos tiempos se han modificado las técnicas quirúrgicas en un intento de disminuir las complicaciones en el postoperatorio. No obstante, a corto plazo la infección y la dehiscencia de la herida quirúrgica siguen apareciendo en un 40% de los casos y a largo plazo, el linfedema y la disfunción sexual.

El objetivo de nuestra Unidad es desarrollar un protocolo de actuación para la paciente intervenida de patología vulvar con o sin linfadenectomía inguinal, con el objetivo de reducir el número de complicaciones postoperatorias, centrándonos en la dehiscencia de la herida, que es la más frecuente, y de esta manera disminuir los días de estancia hospitalaria y costes asociados, mejorando de este modo la calidad y bienestar de las pacientes afectadas por este tipo de cáncer.

RESULTADOS ESPERADOS
1 - Estandarización los cuidados de enfermería durante la hospitalización de una paciente intervenida de patología vulvar para disminuir las complicaciones del postoperatorio.
2 - Estimulación de la autonomía de la paciente de forma precoz.
3 - Disminución de la estancia hospitalaria de una paciente intervenida de patología vulvar.
4 - Estudio de las pacientes intervenidas de patología vulvar para determinar cuales son los factores que más inciden en la aparición de complicaciones y por lo tanto en la demora del alta hospitalaria.

MÉTODO
Se ha realizado un mapa de cuidados a seguir durante el postoperatorio de patología vulvar. Previa a su implantación se realizará una sesión informativa con el personal de enfermería y auxiliar de enfermería de la planta para dar a conocer el proyecto y realizar un intercambio de impresiones.
- El personal de enfermería será el encargado de realizar un seguimiento del estado de la herida quirúrgica y aplicar unos cuidados estandarizados.
- También valorará de manera global el estado de la paciente, para determinar cualquier necesidad que pueda aparecer a lo largo del proceso.
- Mantendrá informado de todo el proceso al ginecólogo responsable.
- El personal de auxiliar de enfermería junto con enfermería facilitará la educación sanitaria durante todo el proceso. Ayudará a la paciente a recuperar su autonomía de la forma más adecuada y facilitará un adecuado confort.
- El ginecólogo responsable realizará el seguimiento de todo el proceso, determinará el tratamiento médico más adecuado para una correcta evolución y será el encargado de solicitar colaboración con otros especialistas.

INDICADORES
- Se revisará cada 15 días el número de pacientes intervenidas de patología vulvar a las que se les ha aplicado el mapa de cuidados para registrar su evolución.
- Se realizará una sesión mensual con enfermería y auxiliares de enfermería para monitorizar la aplicación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0345

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

del mapa de cuidados y ver problemas en la implementación.

- Al año de su puesta en marcha con los datos obtenidos de la entrevista con la paciente y los datos registrados en la historia clínica, se valorarán los siguientes factores:
- nº pacientes a las que se aplica el mapa de cuidados/nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- Días de estancia hospitalaria.
- nº pacientes que presentan dehiscencia de la herida quirúrgica / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes intervenidas tras recidiva de tumor de vulva / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes que presentan infección de la herida quirúrgica / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes que presentaron infección de orina / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes que presentan linfedema precoz / nº pacientes intervenidas de linfadenectomía inguinal.
- nº pacientes que presentan estrés por su nueva situación de salud / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- Satisfacción de la paciente durante la hospitalización.

DURACIÓN

El programa se aplicará en todas las pacientes intervenidas de patología vulvar durante su estancia hospitalaria, a partir del 1 de noviembre de 2016 hasta el 1 de noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Se realizará un seguimiento de la paciente y se recogerán datos sobre factores que pueden repercutir sobre el proceso de cicatrización. Se entregará una encuesta de satisfacción y un cuestionario que valore el nivel de estrés frente a su nuevo estado de salud. Las curas tópicas realizadas por enfermería han sido consensuadas por el equipo médico y se aplicarán bajo su prescripción. Se utilizarán los productos: Prontosan solución y Algina Calgitrol plata.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0376

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DEL HUMS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA SAZ SIMON
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LARRAZ MIGUEL ALICIA
PASCUAL COLLADOS EVA
SANCHEZ CASTAÑO CARMEN
SOLANAS SANCHO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Análisis de las necesidades comunicativas en el Servicio de pacientes con dificultades idiomáticas y realización de encuesta.
-Diseño del proyecto y reparto de tareas por equipos. Se constituyen cuatro equipos de matronas y TCAEs divididos por servicios: Dilatación-paritorio, Puerperio (Plantas 5ª y 7ª), Fisiopatología fetal (Planta 6ª) y Urgencias (el nuestro).
-Realización de los cuadernos de pictogramas; selección de términos, diseño y definición de imágenes, organización y distribución final de los pictos por parte de cada equipo en cada servicio.
-Consenso de las actividades a llevar a cabo intra equipos y entre equipos, mediante reuniones seriadas y programadas.
-Presentación del Proyecto en las Jornadas de Calidad de Junio 2016 en formato Comunicación.
-Aprobación de su impresión por parte de la Dirección de Enfermería, Gerencia y Dirección de Gestión.
-Edición de los Cuadernos.
-Presentación a los profesionales y Prensa (27 de Noviembre 2017)
-Entrevistas en Medios de Comunicación en días posteriores.
-Reparto de los Cuadernos a los distintos Servicios.
-Comienzo del uso de los Cuadernos de comunicación.
-Elaboración, compra del dominio y puesta en marcha de la página pictopartos.es

No se han cumplido los plazos previstos, puesto que se finalizó en Noviembre de 2017. Las encuestas a los profesionales no se han podido pasar por el breve periodo de tiempo transcurrido.

Está pendiente hacer llegar los cuadernos al resto de los Hospitales de Aragón.

RECURSOS EMPLEADOS: Sala de reuniones del Hospital Materno-Infantil, material informático de los miembros de cada equipo, Sala de informática de Docencia, material elaborado por @arasaac. Y, básicamente, el tiempo y la dedicación de las personas que integran el equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es pronto todavía para evaluar los resultados, ya que el proyecto se ha puesto en marcha hace muy poco tiempo.

Los cuadernos se están utilizando y, al mismo tiempo, observando y evaluando para ver si realmente son útiles tal y como se han elaborado. Hasta la fecha actual se han empleado en el 100% de las situaciones detectadas susceptibles para su uso.
Las personas a las que se les ha aplicado la comunicación con Pictogramas se han sentido informadas de sus procesos facilitándoles una asistencia integral.

Asimismo, se ha facilitado el uso libre de los cuadernos en la página pictopartos.es con una buena acogida, ya que en Noviembre hubo 453 visitas, en Diciembre 1254 y en Enero, hasta la fecha actual, 475.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de todos los miembros del equipo es unánime en que está siendo una experiencia muy gratificante.

Consideramos que este proyecto está siendo realmente útil y conforme se vaya utilizando con mayor frecuencia, iremos diseñando mejor los cuadernos y modificándolos en la medida que sea necesario, siempre teniendo en cuenta la opinión de los profesionales que los están usando y las aportaciones que nos puedan llegar a través de pacientes o compañeros de otros servicios y centros.

En cuanto a la implementación del Proyecto, dependemos de la cantidad de mujeres que acudan a nuestro servicio y no hablen nuestro idioma.

Recomendamos una mayor divulgación de los cuadernos para que puedan ser utilizados tanto en Atención Primaria como en otros hospitales y centros de nuestra Comunidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0376

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DEL HUMS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/376 ===== ***

Nº de registro: 0376

Título
PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

Autores:
SAZ SIMON LAURA, LARRAZ MIGUEL ALICIA, PASCUAL COLLADOS EVA, SANCHEZ CASTAÑO CARMEN, SOLANAS SANCHO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En el servicio de Urgencias de maternidad del HUMS atendemos un alto número de mujeres extranjeras no castellano-parlantes, lo que conlleva serios problemas de comunicación y pérdida de información, dificultando en numerosas ocasiones la atención prestada.
La gran barrera idiomática observada junto con las traducciones "espontáneas" de sus acompañantes, que a veces no son del todo correctas, nos hicieron plantear la necesidad de elaborar una herramienta que mejorase la calidad asistencial de estas mujeres en nuestro servicio.
La primera atención prestada en urgencias es fundamental, puesto que de ahí pueden derivar numerosos miedos, dudas, ansiedad, etc. relacionados con el embarazo, parto, puerperio y procesos ginecológicos.
Por ello consideramos que la comunicación entre todos los profesionales implicados en la asistencia y las mujeres atendidas es una pieza esencial de nuestro trabajo diario.
No sólo queremos que entiendan lo que nosotros les decimos, sino que también queremos entender lo que ellas puedan necesitar, lo que nos quieran decir o transmitir; sus miedos, sus necesidades, su dolor físico o de otro tipo...
Tenemos situaciones muy duras (la muerte fetal es la más grave) en las que nuestro acompañamiento aún debe ser más cercano.
¿Cómo podemos explicar lo que está pasando, cómo podemos decirle a esa mujer qué va a pasar, qué vamos a hacer, si su hijo está en riesgo y necesitamos instrumentar el parto... si no tenemos herramientas para hablar?
Todas estas razones hicieron plantearnos la creación de un cuaderno con ilustraciones que definieran los diferentes signos y síntomas, técnicas y procedimientos, así como los signos de alarma por los que acudir al servicio de urgencias.
Para ello constituyó un equipo multidisciplinar de trabajo en el que se incluyen, entre otros, auxiliares de enfermería (TCAEs), residentes de matrona y matronas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la comunicación con las mujeres no-castellano parlantes o con limitaciones en la comprensión o expresión oral que llegan al servicio de Urgencias de Maternidad.
- Elaborar un Cuaderno de Pictogramas que explique de forma gráfica cada uno de los pasos que vamos a ir desarrollando en nuestro servicio.
- Recabar la información necesaria para elaborar la Historia Clínica.
- Facilitar a las pacientes la transmisión de sus necesidades y sentimientos.
- Mejorar la atención prestada y disminuir su miedo.
- Aportar una mayor calidad en los cuidados durante la primera atención hospitalaria prestada.

MÉTODO

-Elaboración de un cuaderno de Pictogramas (ilustraciones, iconos, símbolos y gráficos que representan de forma más o menos realista, un objeto real o significado). En dicho cuaderno se definirán las situaciones que con más frecuencia se presentan en nuestro servicio. Los apartados incluidos en el cuaderno harán referencia a datos de anamnesis, técnicas, resultados y alternativas, recomendaciones, signos de alarma y síntomas ginecológicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0376

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DEL HUMS

-El equipo multidisciplinar constituido por la responsable y sus colaboradoras se reunirá periódicamente para desarrollar cada uno de los apartados mencionados.
-Para la elaboración del cuaderno se ha contado con la colaboración de ARASAAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa).

INDICADORES

-Encuesta a los profesionales implicados en la asistencia
INDICADOR: el 80% de ellos considerará útil el cuaderno de Pictogramas
-Encuesta de satisfacción de las usuarias (Escala de las caras)
INDICADOR: el 80% estarán satisfechas o muy satisfechas

DURACIÓN

Febrero 2016: Inicio del proyecto común de Pictogramas y reuniones del equipo específico de Pictogramas de Urgencias
Marzo-Junio 2016: Elaboración de los distintos apartados del Cuaderno de Pictogramas y envío a ARASAAC de fotografías, dibujos, bocetos, esquemas, explicaciones e ideas para la elaboración posterior de sus dibujos.
Septiembre 2016: Reunión con ARASAAC para ver la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando, con el fin de comprobar si los dibujos realmente expresan lo que queremos transmitir.
Octubre 2016: Presentación del Proyecto de Mejora.
Octubre-Noviembre-Diciembre 2016: maquetación del Cuaderno de Pictogramas en urgencias de Ginecología y Obstetricia.
Diciembre 2016: Impresión del cuaderno.
Enero 2017: Presentación a los compañeros de todo el Servicio de Obstetricia y Ginecología, así como a la Supervisión, Dirección y Gerencia del Hospital.
Febrero 2016: Puesta en marcha del cuaderno.
Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales y usuarias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDER NOS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ROYO VIÑADO
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARNAL GARCIA MARTA
GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Análisis de las necesidades comunicativas en el Servicio con pacientes con dificultades idiomáticas y encuesta.
- Diseño del proyecto y reparto de tareas por equipos. Definición de los 4 equipos.
- Realización de los Cuadernos por parte de cada equipo.
- Consenso de las actividades intra equipos y entre equipos. Con reuniones seriadas y programadas.
- Presentación del Proyecto en las Jornadas de Calidad de Junio 2016 en formato Comunicación.
- Aprobación de su impresión por parte de la Dirección de Enfermería, Gerencia y Dirección de Gestión.
- Edición de los Cuadernos.
- Presentación a los profesionales y Prensa. (27 de Noviembre 2017)
- Entrevistas en Medios de Comunicación en días posteriores.
- Reparto de los Cuadernos a los distintos Servicios.
- Comienzo en el uso de los Cuadernos de comunicación.
- Elaboración, compra del dominio y puesta en marcha de la página pictopartos.es

No se han cumplido los plazos previstos, se finalizó en Noviembre del 2017. Las encuestas a los profesionales no se han podido pasar por el breve periodo de tiempo transcurrido.
Está pendiente hacer llegar los cuadernos al resto de los Hospitales de Aragón.

Recursos empleados: Sala de reuniones del Hospital Materno-Infantil, material informático de los miembros de cada equipo, Sala de informática de Docencia, material elaborado por arasaac. Y básicamente el tiempo y la dedicación de las personas que integran el equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es pronto todavía para evaluar los resultados.

Los cuadernos se están utilizando y empezando a ver si realmente son útiles tal y como se han elaborado. Hasta la fecha actual se han utilizado al 100% de las situaciones detectadas.
Las personas a las que se les ha aplicado la comunicación con Pictogramas se han sentido informadas de sus procesos facilitándoles una asistencia integral.

-Uso libre de los cuadernos en la página pictopartos.es. En Noviembre hubo 453 visitas, en Diciembre 1254 y en Enero hasta la fecha actual, 475.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de todos los miembros del equipo es que está siendo una experiencia muy gratificante.

Pensamos que este proyecto está siendo útil y en la medida en que se vaya utilizando con mayor frecuencia, iremos diseñando mejor los cuadernos y modificándolos en la medida que sea necesario, teniendo en cuenta la opinión de los profesionales que los están usando.

En la implementación del Proyecto, dependemos de la cantidad de mujeres que acudan a nuestro servicio y no hablen nuestro idioma.

Recomendamos una mayor divulgación de los cuadernos para que puedan ser utilizados tanto en Atención Primaria como en otros hospitales de nuestra Comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/419 ===== ***

Nº de registro: 0419

Título
PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDER NOS

Autores:
ROYO VIÑADO MARIA JESUS, SEBASTIAN GURRIA ISABEL, ARNAL GARCIA MARTA, GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS

MARTINEZ CARBALLO SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS) ATIENDE A UNA POBLACIÓN CADA VEZ MÁS DIVERSA EN CUANTO A CULTURA, NECESIDADES, IDIOMA, RELIGIÓN,... UNA CORRECTA COMUNICACIÓN CON CADA PACIENTE ES IMPRESCINDIBLE PARA PODER REALIZAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN CADA MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN. ESTE FUE UNO DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS QUE IMPULSÓ A NUESTRO GRUPO DE TRABAJO A REALIZAR UN MÉTODO DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE IMÁGENES PARA SIMPLIFICAR ESTOS PROBLEMAS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (DE FORMA BIDIRECCIONAL: PACIENTES-PROFESIONALES; PROFESIONALES-PACIENTES) QUE SE CONVERTÍAN EN UN OBSTÁCULO EN EL DÍA A DÍA DE LA JORNADA LABORAL..

En el servicio de paritorios del HUMS se atiende a un alto número de madres extranjeras (21'33%). Muchas de las gestantes que acuden a parir al hospital tienen graves problemas de comunicación con el personal del servicio. Algunas de ellas entienden poco castellano o tienen dificultad para poder expresarse. En ocasiones están acompañadas por sus maridos o algún familiar que se ven obligados a hacer de "traductores espontáneos", quedando la duda de si realmente se les transmite la información correcta, la que la persona acompañante entiende o la que quieren darles (sobre todo con el tema de la Anestesia Epidural). El parto es un momento muy importante en la vida de una mujer y de una familia que exige del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada para cada momento del proceso. La comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona y tocólogo) es una parte ESENCIAL en el cuidado. No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiera comunicar al equipo sanitario. En el servicio de Obstetricia de un hospital de tercer nivel como es el HUMS existen momentos asistenciales muy complejos (la muerte fetal es la más grave) en las que el acompañamiento del personal que se encuentra de guardia aún debe ser más cercano. Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de Pictogramas. Enseguida se interesó por este proyecto un gran número de compañeros, auxiliares, residentes de matrona y matronas. En primer lugar, se revisaron materiales que utilizan "colegas" en otras CCAA (Andalucía, Galicia, Castilla-León...) y otros que se pueden encontrar en internet. Pero el resultado fue muy escaso y no cubría todas las necesidades que se objetivaron cuando se planteó el trabajo. Así, se decidió que era más práctico dividir el proyecto en cuatro cuadernos diferentes: Urgencias, Planta de Medicina Materno-fetal (6ª), Dilatación-Partos y Planta de Puerperio (5ª y 7ª).

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar los Cuadernos de Pictogramas que expliquen de forma gráfica cada uno de los procesos que se desarrollan a lo largo del parto. (Urgencias, Plantas de Hospitalización y Paritorio).
- Facilitar la comunicación y comprensión de las pacientes no castellano parlantes con el personal sanitario.
- Mejorar la comunicación y comprensión del personal sanitario con las pacientes no castellano parlantes.
- Mejorar la atención que se proporciona.
- Disminuir los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
- Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

MÉTODO

- Trabajo en equipo, presencial y on-line.
- Fotografías del material y espacios de los servicios, incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
- Reuniones con Arasaac.
- Elaboración de dibujos.
- Elaboración de los cuatro cuadernos de Comunicación.

INDICADORES

- Elaboración de las preguntas que formarán la encuesta dirigida a los profesionales.
- Encuesta a los profesionales. (El 80% de ellos considerará útil esta herramienta).

DURACIÓN

- Inicio: Febrero del 2016 y está previsto publicar el cuaderno en Otoño-Invierno de 2016.
- 14 de Septiembre 2016: Reunión de todos los miembros del equipo de Pictogramas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERENOS

- Septiembre 2016: Reuniones por Cuadernos.
- Septiembre: Reunión con Arasaac para estudiar la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando.
- Octubre: Presentación de los Proyectos de Mejora.
- Octubre-Noviembre-Diciembre: maquetación de los Cuadernos.
- Diciembre: Impresión de los cuadernos.
- Enero 2017: Presentación de los cuadernos a los profesionales del servicio de urgencias, paritorios y plantas de hospitalización así como a la Dirección y Gerencia del Hospital.
- Febrero: Puesta en marcha de los cuadernos.
- Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERENOS

Fecha de entrada: 19/04/2018

2. RESPONSABLE MARTA ARNAL GARCIA
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEBASTIAN GURRIA MARIA ISABEL
GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES
MARTINEZ CARBALLO MARIA SOFIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Trabajo en equipo, presencial y on-line.
-Fotografías del material y espacios de los servicios, incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
-Reuniones con Arasaac.
-Elaboración de dibujos.
-Elaboración de los cuatro cuadernos de Comunicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Facilitar la comunicación y comprensión de las pacientes no castellano parlantes con el personal sanitario.
-Mejorar la comunicación y comprensión del personal sanitario con las pacientes no castellano parlantes.
-Mejorar la atención que se proporciona.
-Disminuir los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
-Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el servicio de paritorios del HUMS se atiende a un alto número de madres extranjeras (21'33%). Muchas de las gestantes que acuden a parir al hospital tienen graves problemas de comunicación con el personal del servicio. Algunas de ellas entienden poco castellano o tienen dificultad para poder expresarse. En ocasiones están acompañadas por sus maridos o algún familiar que se ven obligados a hacer de "traductores espontáneos", quedando la duda de si realmente se les transmite la información correcta, la que la persona acompañante entiende o la que quieren darles (sobre todo con el tema de la Anestesia Epidural). El parto es un momento muy importante en la vida de una mujer y de una familia que exige del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada para cada momento del proceso. La comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona y tocólogo) es una parte ESENCIAL en el cuidado. No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiera comunicar al equipo sanitario. Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de Pictogramas. Seguimos evaluando y poniendo en marcha este proyecto día a día en nuestro trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/419 ===== ***

Nº de registro: 0419

Título
PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERENOS

Autores:
ROYO VIÑADO MARIA JESUS, SEBASTIAN GURRIA ISABEL, ARNAL GARCIA MARTA, GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES, MARTINEZ CARBALLO SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERENOS

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS) ATIENDE A UNA POBLACIÓN CADA VEZ MÁS DIVERSA EN CUANTO A CULTURA, NECESIDADES, IDIOMA, RELIGIÓN,... UNA CORRECTA COMUNICACIÓN CON CADA PACIENTE ES IMPRESCINDIBLE PARA PODER REALIZAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN CADA MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN. ESTE FUE UNO DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS QUE IMPULSÓ A NUESTRO GRUPO DE TRABAJO A REALIZAR UN MÉTODO DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE IMÁGENES PARA SIMPLIFICAR ESTOS PROBLEMAS DE DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (DE FORMA BIDIRECCIONAL: PACIENTES-PROFESIONALES; PROFESIONALES-PACIENTES) QUE SE CONVERTÍAN EN UN OBSTÁCULO EN EL DÍA A DÍA DE LA JORNADA LABORAL..

En el servicio de paritorios del HUMS se atiende a un alto número de madres extranjeras (21'33%). Muchas de las gestantes que acuden a parir al hospital tienen graves problemas de comunicación con el personal del servicio. Algunas de ellas entienden poco castellano o tienen dificultad para poder expresarse. En ocasiones están acompañadas por sus maridos o algún familiar que se ven obligados a hacer de "traductores espontáneos", quedando la duda de si realmente se les transmite la información correcta, la que la persona acompañante entiende o la que quieren darles (sobre todo con el tema de la Anestesia Epidural). El parto es un momento muy importante en la vida de una mujer y de una familia que exige del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada para cada momento del proceso. La comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona y tocólogo) es una parte ESENCIAL en el cuidado. No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiera comunicar al equipo sanitario. En el servicio de Obstetricia de un hospital de tercer nivel como es el HUMS existen momentos asistenciales muy complejos (la muerte fetal es la más grave) en las que el acompañamiento del personal que se encuentra de guardia aún debe ser más cercano. Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de Pictogramas. Enseguida se interesó por este proyecto un gran número de compañeros, auxiliares, residentes de matrona y matronas. En primer lugar, se revisaron materiales que utilizan "colegas" en otras CCAA (Andalucía, Galicia, Castilla-León...) y otros que se pueden encontrar en internet. Pero el resultado fue muy escaso y no cubría todas las necesidades que se objetivaron cuando se planteó el trabajo. Así, se decidió que era más práctico dividir el proyecto en cuatro cuadernos diferentes: Urgencias, Planta de Medicina Materno-fetal (6ª), Dilatación-Partos y Planta de Puerperio (5ª y 7ª).

RESULTADOS ESPERADOS
-Elaborar los Cuadernos de Pictogramas que expliquen de forma gráfica cada uno de los procesos que se desarrollan a lo largo del parto. (Urgencias, Plantas de Hospitalización y Paritorio).
-Facilitar la comunicación y comprensión de las pacientes no castellano parlantes con el personal sanitario.
-Mejorar la comunicación y comprensión del personal sanitario con las pacientes no castellano parlantes.
-Mejorar la atención que se proporciona.
-Disminuir los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
-Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

MÉTODO
-Trabajo en equipo, presencial y on-line.
-Fotografías del material y espacios de los servicios, incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
-Reuniones con Arasaac.
-Elaboración de dibujos.
-Elaboración de los cuatro cuadernos de Comunicación.

INDICADORES
-Elaboración de las preguntas que formarán la encuesta dirigida a los profesionales.
-Encuesta a los profesionales. (El 80% de ellos considerará útil esta herramienta).

DURACIÓN
-Inicio: Febrero del 2016 y está previsto publicar el cuaderno en Otoño-Invierno de 2016.
-14 de Septiembre 2016: Reunión de todos los miembros del equipo de Pictogramas.
-Septiembre 2016: Reuniones por Cuadernos.
-Septiembre: Reunión con Arasaac para estudiar la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando.
-Octubre: Presentación de los Proyectos de Mejora.
-Octubre-Noviembre-Diciembre: maquetación de los Cuadernos.
-Diciembre: Impresión de los cuadernos.
-Enero 2017: Presentación de los cuadernos a los profesionales del servicio de urgencias, paritorios y plantas de hospitalización así como a la Dirección y Gerencia del Hospital.
-Febrero: Puesta en marcha de los cuadernos.
-Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERENOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0423

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA RECOGIDA DE GASOMETRIA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACION DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE SABINA MARTI GAMBOA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTAN MATEO SERGIO
LAPRESTA MOROS MARIA
CRESPO ESTERAS RAQUEL
BENITO VILLALBA MARTA
PALLARES ARNAL VICTORIA
DIAZ RABASA BEATRIZ
RODRIGO RODRIGUEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Abril 2017: Reunión del equipo de trabajo para planificar y coordinar el programa.
Mayo-Junio: Impartición de seminarios teórico-prácticos en el hospital. Resolución de posibles conflictos y dudas.
Julio: Inicio de la doble obtención de muestras
Noviembre: Evaluación prospectiva de los cinco primeros meses del proyecto. Identificación de debilidades y puntos a mejorar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Identificación de pacientes de interés a partir del libro de partos de 2017.
Estado actual: Proyecto en proceso de recogida de datos de los pacientes de interés a partir de las muestras analizadas en el pHmetro situado en la sala de paritorio durante los meses de Julio a Noviembre.
Cálculo de los indicadores alcanzados previsto en Marzo de 2018
A partir de Marzo de 2018 se prevee universalizar la toma de muestra de pH en neonatos de alto y bajo riesgo obstétrico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lecciones aprendidas: Una única charla explicativa acerca de un proyecto nuevo, no es suficiente para introducir cambios en la práctica habitual arraigada en un servicio.
Es necesario reforzar la información proporcionada a personal médico y matronas para conseguir alcanzar los objetivos del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/423 ===== ***

Nº de registro: 0423

Título
ADECUACION DE LA RECOGIDA DE GASOMETRIA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACION DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS

Autores:
MARTI GAMBOA SABINA, CASTAN MATEO SERGIO, LAPRESTA MOROS MARIA, CRESPO ESTERAS RAQUEL, BENITO VIELBA MARTA, PALLARES ARNAL VICTORIA, DIAZ RABASA BEATRIZ, RODRIGO RODRIGUEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo Ambos sexos
Edad Niños
Tipo Patología Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .. Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos ..
Otro tipo Objetivos:

Enfoque Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0423

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA RECOGIDA DE GASOMETRIA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACION DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS

PROBLEMA

El análisis ácido-base de la sangre de cordón umbilical fetal proporciona una medida objetiva del estado de oxigenación al nacimiento. El resultado de este análisis permite clasificar a los neonatos en distintos niveles de riesgo, determinando en conjunto con otros parámetros clínicos, tanto el grado de vigilancia precisada por parte del pediatra, como la necesidad de su ingreso en unidades específicas, señalando a aquellos que se puedan beneficiar de tratamientos preventivos de lesión neurológica, como la hipotermia terapéutica. La gasometría de cordón umbilical constituye además una prueba médico-legal irrefutable de una correcta actuación obstétrica, por lo que está indicada su realización universal.

De forma electiva, la muestra debe obtenerse de la arteria umbilical. En el caso de no poder obtenerse una muestra arterial, se debe recoger una muestra venosa. Sin embargo, el valor de los parámetros medidos en sangre venosa presenta diferencias significativas respecto a los valores obtenidos en sangre arterial.

Se ha demostrado que hasta el 25% de las muestras teóricamente "arteriales", son realmente venosas, debido a una mala identificación del vaso puncionado, a la obtención de una muestra mixta, mezcla de sangre arterial y venosa, o a una mala técnica de recogida. Por ello, en todos los casos debería realizarse una doble gasometría, procedente de la arteria y la vena umbilical. Este doble análisis se considera un criterio de calidad asistencial, puesto que no sólo asegura que el valor que estamos analizando es realmente arterial, sino que proporciona información adicional sobre la duración y tipo de hipoxia intraparto.

En varios países europeos (Suecia, Noruega, Dinamarca) la doble obtención es universal y obligatoria desde la década de los noventa. Sin embargo, en España, existe bastante variabilidad de criterio en cuanto al tipo de muestra obtenida y su técnica de recogida.

En nuestro servicio, al igual que en la mayoría de maternidades españolas, la doble obtención no está protocolizada, y no existe un proceso de validación de las muestras, asegurando su procedencia arterial o venosa.

Problema:

Diversidad de criterio en la recogida de muestras, pudiendo ser estas arteriales, venosas, o ambas.

Ausencia de proceso de verificación de las muestras recogidas.

La gasometría neonatal es una prueba médico-legal fundamental, pero la ausencia de verificación de la muestra obtenida, la convierte en una prueba de poca fiabilidad.

Posible mala identificación de aquellos neonatos que precisen una mayor vigilancia por parte de pediatría.

Posible exclusión de neonatos del uso de terapias avanzadas para la prevención de lesiones neurológicas, como la hipotermia terapéutica, cuyo requisito de administración reside en la gasometría arterial.

Falta de rigor y calidad en la obtención y procesamiento de las muestras.

RESULTADOS ESPERADOS

Universalización de la doble obtención de muestra arterial y venosa en neonatos acidémicos, con un pH arterial = 7.10 (tasa de acidemia en nuestro medio del 4% anual).

Universalización de la doble obtención de muestra arterial y venosa, en una segunda fase posterior, en neonatos de bajo riesgo.

Establecimiento de un proceso riguroso de validación.

Mejora en la identificación de neonatos que precisan de mayor seguimiento postnatal, en base a su gasometría umbilical.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo reflejando los aspectos técnicos a cumplimentar en el proceso de obtención de la gasometría umbilical neonatal.

Realización de sesiones hospitalarias teóricas para formación del personal asistencial del parto en la correcta técnica de obtención de muestras, procesamiento y validación.

Sesión clínica informativa de los resultados obtenidos entre los profesionales sanitarios.

Reunión del grupo de mejora para evaluación de los resultados.

INDICADORES

Proporción de neonatos acidémicos en los que se realiza una correcta gasometría umbilical con doble obtención de muestra arterial y venosa, correctamente validada (Proporción = 80%).

Proporción de neonatos en los que se realiza una gasometría umbilical doble, con una mala validación del proceso (Proporción < 5%).

Proporción de neonatos en los que se realiza una gasometría umbilical obteniéndose una única muestra, ya sea arterial o venosa (Proporción < 15%).

Proporción de neonatos en los que no se realiza ningún tipo de gasometría (Proporción < 1%)

DURACIÓN

- Noviembre: Reunión del equipo de trabajo para planificar y coordinar el programa. Impartición de seminarios teórico-prácticos en el hospital. Resolución de posibles conflictos y dudas.

- Diciembre: Inicio de la doble obtención de muestras.

- Abril: Se evaluarán de forma prospectiva los cuatro primeros meses del proyecto, identificando así sus debilidades y puntos a mejorar.

- Abril-Octubre: Se espera realizar la doble obtención de forma protocolizada en neonatos acidémicos en una primera fase.

- Octubre: En una segunda fase, este análisis se ofertaría a todos los neonatos, acidémicos y no acidémicos

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0423

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA RECOGIDA DE GASOMETRIA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACION DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0433

1. TÍTULO

PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE CARLOS DE BONROSTRO TORRALBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES
TAJADA DUASO MAURICIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2017, se ha intentado realizar una coordinación efectiva en el seno del Grupo de Trabajo en Medicina Materno-Fetal para conseguir una mejor coordinación de los procesos de canalización de pacientes procedentes de otros centros hospitalarios a través de comentarios de casos clínicos y puesta en común de las propuestas de manejo. A través de estas reuniones, se ha creado un documento básico de canalización de pacientes obstétricas entre las diferentes secciones/servicios integrantes del grupo de trabajo facilitando extensiones de contacto y personas de referencia para el proceso de derivación de pacientes entre los distintos entornos clínicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El diálogo realizado entre los integrantes del grupo, se ha materializado en una mejor relación profesional entre los distintos Servicios vinculados a la Perinatología, que finalmente redundan en una mejor asistencia sanitaria a las pacientes con patología obstétrica. Para ello, la puesta en común de los casos clínicos de interés se ha mantenido de forma quincenal salvo periodo vacacional, manteniendo por tanto un número superior a 15 sesiones durante el año 2017 (como marcaba el estándar inicialmente planificado).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La comunicación fluida entre profesionales que comparten campo de actividad clínica, redundan en una mejora asistencia sanitaria.
- El planteamiento de unos criterios adecuados de canalización de pacientes simplifica la asistencia y optimiza los resultados.
- A pesar de ser un objetivo inicial, no se ha podido realizar por motivos organizativos una integración completa de los Servicios de Hospitales diferentes al Hospital Miguel Servet, que quedará pendiente como proyecto a corto-medio plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/433 ===== ***

Nº de registro: 0433

Título
PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

Autores:
DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS, CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL, RITE GRACIA SEGUNDO, TAJADA DUASO MAURICIO, RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN, RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES, PEREZ PEREZ MARIA PILAR, GARRIDO FERNANDEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0433

1. TÍTULO

PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

PROBLEMA

La Medicina Materno-Fetal es un área de la Obstetricia encargada de la detección, tratamiento y abordaje de las complicaciones aparecidas durante la gestación y que puedan comprometer al bienestar de la madre o el feto. El mejor escenario posible de asistencia al neonato de riesgo está basado en una estrecha y fluida colaboración entre los distintos especialistas implicados en el proceso (fundamentalmente obstetras, pediatras y cirujanos pediátricos), estableciendo normas comunes de actuación para optimizar los resultados.

Debido a la necesidad de crear un entorno de diálogo entre las distintas partes implicadas en la atención perinatal de gestaciones de alto riesgo, desde la Unidad de Medicina Materno Fetal de nuestro centro, se impulsó un proyecto que recibió una excelente acogida por parte por los distintos profesionales médicos a los que se invitó a participar.

En Febrero de 2014, se iniciaron una serie de sesiones clínicas quincenales integradas por representantes del Servicio de Obstetricia, Servicio de Pediatría y Servicio de Cirugía Pediátrica. Posteriormente, estas reuniones periódicas fueron reconocidas como "Grupo de Trabajo en Medicina Perinatal" por la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Miguel Servet.

Este foro ha supuesto un gran avance en la comunicación y colaboración entre los Servicios implicados desde su puesta en marcha. Por ello, desde el Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, se ha creído conveniente ampliar la cobertura de las sesiones clínicas integrando al resto de los centros hospitalarios de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar y estandarizar los trámites de canalización de pacientes obstétricas desde los centros hospitalarios integrantes de la red del SALUD de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Mejorar el flujo de información clínica entre los distintos centros implicados en la asistencia obstétrica, creando un cauce de comunicación que permita realizar un seguimiento periódico de la gestante y el neonato.
- Ofrecer a las gestantes una óptima asistencia obstétrica independientemente del Sector Sanitario al que pertenezcan.

MÉTODO

- Creación de un protocolo estructurado de canalización de gestantes de riesgo al Hospital Universitario Miguel Servet desde otros centros de asistencia obstétrica de la Comunidad Autónoma (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).
- Difusión a los centros emisores de los criterios y cauces de remisión de gestantes de alto riesgo obstétrico (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).
- Integración de todos los hospitales con asistencia obstétrica en un foro de intercambio de información clínica vehiculado a través de la experiencia del "Grupo de Trabajo en Medicina Perinatal" (Responsables: Todos los integrantes del grupo).
- Designación de profesionales de referencia en cada centro hospitalario como interlocutores habituales en los intercambios de información, de cara a facilitar el seguimiento de las actuaciones (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).
- Creación de unos cauces de comunicación eficaz entre centros receptores y emisores de pacientes (teléfonos e e-mails de contacto, sistemas de videoconferencia, etc...) (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).

INDICADORES

- Porcentaje de gestantes con situaciones de riesgo obstétrico contempladas en el documento que son remitidas al Hospital Miguel Servet siguiendo el cauce previsto en el presente proyecto sobre el total de remisiones (Objetivo > 80%)
- Número de sesiones al año del Grupo Interdisciplinar de Medicina Perinatal integrando al resto de centros de la Comunidad Autónoma que son efectuadas (Objetivo > 15)

DURACIÓN

- Creación de un protocolo de canalización de gestantes de riesgo al Hospital Universitario Miguel Servet (Octubre - Diciembre 2016)
- Creación de cauces de comunicación entre centros receptores y emisores de pacientes (Octubre - Diciembre 2016)
- Difusión a los centros remitentes de pacientes de criterios y cauce de remisión de gestantes de alto riesgo obstétrico (Enero 2017)
- Designación de profesionales de referencia de cada centro hospitalario como interlocutores habituales (Enero 2017)
- Aplicación del proyecto y evaluación de resultados (Febrero-Junio 2017)

OBSERVACIONES

Modificación de proyecto nº 297 por exceso de caracteres.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0433

1. TÍTULO

PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0445

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ANDRES OROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN
CASTAN MATEO SERGIO
GONZALEZ BALLANO ISABEL
LAPRESTA MOROS MARIA
ACERO CACHO ROBERTO
SANCHEZ PEREZ NOELIA
CABRERO PEREZ DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha diseñado una hoja de ingreso específica para Obstetricia, en el entorno la Historia Clínica Unificada del SALUD Aragón, que de forma automática permite la descarga de los datos más relevantes sobre el control gestacional de la paciente. Se han realizado charlas informativas para los usuarios de esta herramienta en el Hospital Miguel Servet - Servicio de Obstetricia.
Como actividades secundarias, en primer lugar, se ha extendido el uso de la cartilla electrónica a los centros del Sector Uno y una vez que se ha comprobado el buen funcionamiento de la misma se ha extendido a otros sectores de la Comunidad Autónoma de Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de ingresos de obstetricia realizados en la plataforma HCE/ total de ingresos obstétricos x 100 = 25%
Número de primeras visitas de embarazo en las que se realiza cartilla electrónica /total de primeras visitas x 100 = 100%
Datos aportados por el CGIPC y revisión de los datos asistenciales del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La hoja de ingreso está comenzando a despuntar como un elemento útil, ágil y que aporta seguridad en la transmisión de la información.
La implementación de la hoja de ingreso sufrió retraso con respecto al organigrama inicial en parte debido al mal funcionamiento de los antiguos equipos informáticos de la urgencia de maternidad. Este problema ha sido recientemente resuelto gracias el cambio de los mismos.
La principal dificultad de uso encontrada ha sido la coexistencia de dos plataformas diferentes para su uso en urgencias: PCH y HCE y la interconexión entre ambos. Se están diseñando, junto a los miembros del CGIPC, mejoras en este aspecto. Se están definiendo e indicando los casos en los que es clara su utilidad.
Con respecto a la extensión de la cartilla de embarazo a otros sectores su éxito ha sido claro y está ampliándose su uso en otros sectores de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Para completar esta herramienta se está trabajando en aumentar la información recogida de forma que todo lo relativo al proceso del embarazo y el parto de la gestante quede reflejado en el entorno de HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/445 ===== ***

Nº de registro: 0445

Título
IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

Autores:
ANDRES OROS MARIA PILAR, RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN, CASTAN MATEO SERGIO, GONZALEZ BALLANO ISABEL, LAPRESTA MOROS MARIA, ACERO CACHO ROBERTO, SANCHEZ PEREZ NOELIA, CABRERO PEREZ DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0445

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras el desarrollo de una cartilla de embarazo informatizada para Aragón, asociada a la plataforma de la Historia Clínica Electrónica (HCE) del SALUD y su pilotaje en el Sector II, se plantea su extensión a todos los centros de Especialidades del Sector II y del Sector I. De esta forma se mejorará la calidad de la atención a todas las gestantes cuyo control dependa del Servicio de Obstetricia del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. En el tiempo que llevamos de utilización de la cartilla electrónica se han observado las mejoras esperadas, tanto en el control como en la seguridad de la paciente, pero también un inconveniente derivado de la falta de medios técnicos para su correcto funcionamiento. Este problema ha sido especialmente acusado cuando las gestantes debían ser ingresadas desde urgencias ya que con los sistemas actuales resulta laborioso ver la cartilla en el entorno de HCE y realizar el ingreso en el PCH. Asociado a la cartilla de embarazo electrónica y utilizando el entorno que proporciona la plataforma de intranet del SALUD, se propone desarrollar una hoja de ingreso estructurada que recoja, de forma automática, los datos de más relevantes de la gestación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Diseño de una hoja de ingreso unificada para el Servicio de Obstetricia utilizando las herramientas de la Historia Clínica Informatizada, de forma que permita la descarga automática de los datos ya recogidos en la Cartilla Electrónica.
- Extensión de la cartilla de embarazo informatizada en los centros de Especialidades que dependen del Servicio de Obstetricia del Hospital Miguel Servet, incluyendo el Sector I.
- Acceso a los datos, desde todo Aragón, del ingreso de la gestante y de los datos de la Cartilla de embarazo. Disponibilidad de la información de forma automática desde cualquier ordenador del SALUD, sin precisar que la paciente lo lleve en formato papel.
- Unificar la información dada, en los diferentes sectores, sobre hábitos higiénico-dietéticos y recomendaciones de prevención de infecciones durante el embarazo.
- Mejora en la seguridad del paciente. Se evitan errores de transcripción al descargar de forma automática el resumen del control gestacional y al tener en la plataforma digital todo el seguimiento realizado del embarazo.
- Optimización del trabajo del personal implicado tanto en el área de Urgencias de Obstetricia del Hospital Miguel Servet como en los centros de especialidades.
- Disminución de costos y contribución a la preservación medioambiental
- Conocer los datos referentes a los ingresos de obstetricia para poder mejorar en la calidad del servicio.

MÉTODO
- Diseño de la hoja de ingreso adaptada al ingreso de obstetricia en al que se descarguen automáticamente los datos relevantes de la gestación. - Rodríguez Solanilla, Belén; Andrés Orós M^a Pilar; Acero Cacho, Roberto; Cabrerizo Pérez, David; Sánchez Pérez, Noelia
- Revisión de las medidas higiénico dietéticas que se le indican a la gestante. Castán Mateo, Sergio; Lapresta Moros, María
- Sesiones informativas a los facultativos del Hospital. Formación práctica a los profesionales implicados en su utilización tanto de la Cartilla de Embarazo informatizada como de la hoja de ingreso de obstetricia. Andrés Orós, M^a Pilar; González Ballano, Isabel; Cabrerizo Pérez, David.
- Sesiones en los centros de especialidades. Formación y tutelaje en el uso de la Cartilla de embarazo electrónica. Rodríguez Solanilla Belén; Sánchez Pérez, Noelia; Andrés Oros, M^a Pilar

INDICADORES
- Indicador 1: Número de ingresos de obstetricia realizados en la plataforma HCE / Total de ingresos obstétricos x 100.
Se obtendrá mediante los datos aportados por el CGIPC
- Indicador 2: N^o de primeras visitas de gestación en las que se realiza cartilla electrónica en los centros de especialidades / Total de primeras visitas en centros de especialidades x 100
Se obtendrá mediante los datos aportados por el CGIPC y los datos de asistencia del Servicio de Obstetricia.

DURACIÓN
-Octubre - Noviembre 2016: Diseño de la hoja de ingreso y pilotaje de la misma. Formación de los profesionales en la utilización de la cartilla de embarazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0445

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

-Diciembre 2016: Uso de la cartilla de embarazo en todas las gestantes de primer día en el Sector I. Corrección de errores de la hoja de ingreso y formación de los profesionales en su utilización
-Mayo-Junio 2017: Desaparición de la cartilla de embarazo en formato papel en todos los centros de especialidades que dependen del servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0493

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA CLINICA DE GRIPE EN GESTANTE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL GONZALEZ BALLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha de este proyecto de mejora se ha conseguido el objetivo de mejorar la calidad asistencial de las pacientes que acuden a Urgencias de Maternidad con la sospecha de gripe.

Se siguió el plan de trabajo establecido con la formación de un equipo de trabajo multidisciplinar con facultativos de los servicios de Obstetricia, Neumología, Microbiología y Farmacología.

Tras evaluar la evidencia científica se elaboró el Protocolo de actuación ante sospecha clínica de gripe en gestante en urgencias de Maternidad del HUMS en febrero de 2017.

Se estableció el circuito correcto a través de la colaboración con el Servicio de Farmacia para la dispensación de Oseltamivir a las pacientes con criterios de tratamiento ambulatorio.

Según el calendario previsto, tras la elaboración del protocolo se impartió una sesión a los miembros del Servicio incluyendo, los médicos internos residentes y todo el personal que realiza guardias en la Maternidad con el fin de que conocieran el protocolo realizado y el circuito correcto de actuación, así como, para establecer las acciones de salud necesarias para actuar en todos los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En relación a los resultados alcanzados, se ha logrado que de las pacientes que acuden a Urgencias de Maternidad con sintomatología gripal se les aplique correctamente el protocolo al 95,2 % de los casos. Con esto, se ha logrado que la tasa de complicaciones respiratorias graves en gestantes haya disminuido considerablemente.

Se realizó un frotis de gripe al 98,7% de las gestantes que acudieron a urgencias con criterios clínicos de sospecha de gripe.

En cuanto a las pacientes ingresadas en la planta de Medicina Materno-Fetal, se aplicó correctamente el protocolo al 97% de las gestantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto ha supuesto una mejora en la satisfacción de los facultativos implicados, fomentando el trabajo en equipo y consiguiendo un protocolo con un enfoque multidisciplinar.

Este proyecto, ha tenido una gran acogida entre los facultativos del servicio de Obstetricia ya que mejora y facilita el correcto manejo diagnóstico-terapéutico de una enfermedad tan prevalente en nuestro medio durante los meses de invierno

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/493 ===== ***

Nº de registro: 0493

Título
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN GESTANTES CON SOSPECHA DE GRIPE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

Autores:
GONZALEZ BALLANO ISABEL, FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA, MARTINEZ SAPIÑA PEREZ ANA, CRESPO ESTERAS RAQUEL, HERRERO SERRANO REBECA, LABORDA GOTOR RAMIRO, TEJERO CABREJAS EVA LUCIA, GOTOR COLAS MARIA LUZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0493

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA CLINICA DE GRIPE EN GESTANTE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el año 2012 la OMS recomienda que se priorice la vacunación frente a la gripe en gestantes, ya que está aumentada tanto la morbilidad como la mortalidad en comparación con las no gestantes, especialmente en segundo y tercer trimestre.

Los síntomas son, generalmente, los mismos que en mujeres no embarazadas. Las principales características clínicas de la gripe son: fiebre > 38°C, dificultad respiratoria, tos y malestar general. Puede coexistir una linfopenia significativa y alteraciones de las enzimas hepáticas.

La mayoría de síndromes gripales en las mujeres embarazadas son de carácter leve y cursan sin complicaciones.

Sin embargo, en algunos casos la enfermedad puede progresar a una insuficiencia respiratoria grave, neumonía y/o aparecer complicaciones secundarias como las sobreinfecciones bacterianas.

Los tratamientos antivirales, pueden frenar la enfermedad, ya que disminuyen la replicación viral, moderan la agresividad de los síntomas y reducen las complicaciones de la gripe. En el momento actual, la OMS recomienda el oseltamivir (inhibidor de la neuraminidasa) como fármaco de elección.

Dada la importancia y alta prevalencia de la gripe en nuestro medio en determinadas épocas del año se considera importante la realización de un protocolo conjunto con los Servicios de Neumología, Microbiología y Farmacia, para establecer el correcto circuito asistencial y procesamiento rápido de las muestras biológicas.

Nuestro objetivo principal es evitar la variabilidad interobservador, ya que hasta ahora no existe ningún protocolo al respecto, con lo que queda a criterio de cada facultativo el modo de actuación y tratamiento. También es importante establecer la continuidad asistencial del proceso en Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora de la calidad y continuidad asistencial:

- Implementación de un protocolo multidisciplinar, junto al Servicio de Neumología, Microbiología y Farmacología, de manejo de la gestante con sintomatología de gripe en Urgencias de Maternidad.
- Sistematización en el diagnóstico y tratamiento ante la sospecha de gripe en la embarazada que acude al Servicio de Urgencias.
- Establecimiento del correcto circuito asistencial y enlace con Atención Primaria

Mejora de la seguridad clínica:

- Disminución de la variabilidad en la práctica clínica al protocolizar la conducta a seguir ante gestante que llega a Urgencias con sintomatología gripal.
- Estandarización de los criterios de ingreso en planta de Medicina Maternofetal.
- Estandarización de los criterios de seguimiento domiciliario.

Establecer las acciones de salud necesarias para actuar en todos los niveles de prevención:

- Prevención primaria: informar a la paciente de las medidas para evitar el contagio en su entorno próximo y a otras gestantes. En control hospitalario: medidas de aislamiento en planta de Medicina Maternofetal.
- Prevención secundaria: Diagnóstico precoz para evitar la progresión de enfermedad.
- Prevención terciaria: Evitar complicaciones graves con el correcto diagnóstico y tratamiento.

Mejora de la satisfacción del personal implicado en el proceso:

- Elaboración de un protocolo multidisciplinar con otros Servicios (Neumología, Microbiología y Farmacología) y mejora de capacitación del personal

Mejora de la satisfacción de las usuarias:

- Aumento de la confianza de la paciente
- Mejora de la calidad de la información transmitida a la gestante.

MÉTODO

- Formación de equipo multidisciplinar, constituido por representantes de todos los servicios implicados en la elaboración del protocolo. (Dra. González Ballano)

- Revisión de la evidencia científica existente. (Dra. Rodríguez Solanilla)

- Diseño de un protocolo de actuación para el diagnóstico y tratamiento de la paciente con sospecha de gripe en Urgencias de Maternidad del Hospital Universitario Miguel Servet (Dra. Andrés, Dra. Crespo, Dra. Lapresta, Dra. González Ballano, Dra. Rodríguez Solanilla, Dr. Castán)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0493

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA CLINICA DE GRIPE EN GESTANTE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

- Realización de una sesión para presentar el protocolo a los facultativos de los Servicios implicados (Dra. Crespo)
- Realización de una sesión para presentar el protocolo a los médicos internos residentes que realizan guardias en la Maternidad del Hospital Universitario Miguel Servet. (Dra. Andrés)
- Revisión y presentación periódica de resultados. (Dra. Lapresta)

INDICADORES

Tasa de pacientes que acuden a Urgencias de Maternidad con sintomatología gripal y correcta aplicación del protocolo.

Tasa de pacientes ingresadas en planta de MMF con sintomatología gripal y correcta aplicación del protocolo.

DURACIÓN

Octubre 2016: formación del equipo de trabajo y revisión de la evidencia científica

Noviembre- Diciembre 2016: diseño de protocolo de actuación

Enero 2017: sesión para presentación del protocolo

Mayo 2017: Presentación de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0580

1. TÍTULO

ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE EVA LUCIA TEJERO CABREJAS
· 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
ENVID LAZARO BLANCA
FRANCO ROYO MARIA JESUS
ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT
BENITO VIELBA MARTA
HERRERO SERRANO REBECA
PALLARES ARNAL VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se expuso en el proyecto, en los últimos años se había objetivado entre los profesionales implicados una falta de consenso en cuanto al inicio de esta técnica (monitorización cardiotocográfica) y su indicación. Así que las actividades que se han realizado han sido principalmente la decisión en común y consensuada en cuanto a cuáles son los criterios que marcan el inicio de esta técnica y su frecuencia. Se ha realizado a través de reuniones periódicas y conjuntas de todos los facultativos participantes en el proyecto, a través de las cuales se han puesto en común dichos criterios, se han tenido en cuenta de forma individual cada posible factor de riesgo, y en función de los mismos se ha consensuado inicio y frecuencia de esta técnica. Para facilitar el cumplimiento del mismo se ha elaborado una "descripción detallada" y esquemática por escrito de todo esto para que esté presente en ambas consultas de Medicina Materno Fetal a modo de consulta por parte del profesional en todo momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con respecto a los objetivos marcados se ha conseguido llegar a un consenso en cuanto al ajuste de la indicación y frecuencia de la realización de esta técnica. Todos los facultativos implicados actúan de una misma manera. De tal manera que se ha registrado un total de 78% de indicaciones de registros cardiotocográficos con respecto al total de partos en el año 2017. Mientras que en años anteriores el porcentaje de indicaciones ha llegado hasta un 88%, por ejemplo en el año 2015 (indicador: disminución del 10% de peticiones de registros cardiotocográficos realizados en consultas de Medicina Maternofetal)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades para la consecución de los objetivos se han cumplido fielmente. Han existido reuniones periódicas (>10). Todos los facultativos nos reunimos asiduamente por diferentes motivos, por lo que una de las cuestiones a debatir y a consensuar ha sido ésta. Quizá sería mejorable el inicio de puesta en marcha del proyecto en la práctica diaria en consulta, así se hubiera llegado a unos resultados más consistentes. Ya que por diferentes motivos asistenciales, se ha demorado en el tiempo... y la puesta en marcha real con cumplimiento estricto del mismo fue en Agosto 2017, por lo que los resultados corresponden a un periodo de tiempo de 5 meses, menor al estimado en el proyecto inicial (calendario previsto: 9 meses). Así que aunque a priori hemos objetivado un descenso subjetivo y real en el número de indicaciones, creemos que sería conveniente alargar el tiempo de evaluación para poder sacar conclusiones más significativas. De la misma manera, convendría también la revisión del cumplimiento de las peticiones ajustadas a estos criterios establecidos en el proyecto (indicador de evaluación).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/580 ===== ***

Nº de registro: 0580

Título
ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL

Autores:
TEJERO CABREJAS EVA LUCIA, DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS, ENVID LAZARO BLANCA MAR, FRANCO ROYO MARIA JESUS, ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT, BENITO VIELBA MARTA, HERRERO SERRANO REBECA, PALLARES ARNAL VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0580

1. TÍTULO

ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: GESTION DE RECURSOS

PROBLEMA

La monitorización cardiocográfica fetal es un método que ha demostrado utilidad para evaluar el bienestar fetal en gestaciones de riesgo. En las consultas de Medicina Materno Fetal es una práctica habitual por las características de su población. El momento de comienzo del control en la consulta, está en función de la patología concomitante o factores de riesgo asociados y se encuentra perfectamente delimitado en los criterios de remisión.

En función de cuáles sean estos factores de riesgo y la edad gestacional, se iniciará la monitorización cardiocográfica fetal y se establecerá la frecuencia de repetición. En la mayoría de los casos existe consenso respecto a cuándo iniciar esta técnica y en qué patologías específicas. Pero en los últimos años, se ha detectado un aumento progresivo del número de monitorizaciones realizadas. Estimamos que aproximadamente el 10% de las monitorizaciones se realizan con una falta de consenso entre los profesionales implicados, lo que supone una sobreutilización del recurso. Sería útil por tanto ajustar y consensuar la indicación de esta técnica para las gestantes controladas en las consultas de Medicina Materno Fetal, entre los miembros de la Sección. El resultado previsible es un funcionamiento más ágil de las consultas, evitando la sobreutilización y aumentando la satisfacción de las usuarias.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos del proyecto son:

- El ajuste de la indicación y frecuencia en la realización de monitorización cardiocográfica fetal a las gestantes controladas en las consultas de Medicina Materno Fetal.
 - La estandarización del inicio de esta técnica en función de la edad gestacional y los factores de riesgo.
- Los resultados previsibles serían una disminución en la utilización innecesaria de recursos hospitalarios, fundamentalmente humanos, y una mejora en la percepción de la paciente sobre la asistencia recibida.

MÉTODO

- Realización de reuniones conjuntas entre los facultativos integrantes del proyecto, encargados de la consulta de Medicina Materno Fetal, para acordar las pautas de actuación.
- Establecimiento del circuito con los facultativos de centros de especialidades para delimitar las peticiones.

INDICADORES

- Disminución del 10 % de peticiones de registros cardiocográficos realizados en las consultas de Medicina Materno Fetal
- Cumplimiento del 90 % de las peticiones ajustadas a los criterios establecidos.
- Reuniones-sesiones conjuntas entre los integrantes del proyecto para ajustar y evaluar objetivos. (>10)

DURACIÓN

La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 9 meses. Una vez desarrollado el proyecto se analizarán los resultados obtenidos para valorar posibles fallos en su implantación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0664

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA RODRIGUEZ LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se llevaron a cabo dos reuniones con facultativos encargados del seguimiento de la gestación. La posibilidad de reunir a todos fue complicada por trabajar en diferentes centros de asistencia. (Noviembre-Diciembre 2016).

Se elaboró un documento explicativo acerca del screening de cromosomopatías y de las ecografías realizadas a lo largo del embarazo. Asimismo se realizó una encuesta para evaluar el grado de satisfacción de las pacientes (Enero-Marzo de 2017).

Se llevó a cabo la distribución por los centros de especialidades (Abril 2017).

Evaluación del documento y grado de satisfacción de las gestantes. (Mayo- Diciembre 2017).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El grado de satisfacción de las gestantes no pudo ser evaluado correctamente, debido a que tan solo al 50% de las mismas se les entregó el documento destinado para ello. No obstante, la puntuación obtenida estuvo por encima de 6 puntos.

El 80% de las gestantes acudieron a las consultas con el documento leído.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las reuniones con los facultativos que trabajaban en distintos centros fueron dificultosas. Este podría ser el motivo por el cual las encuestas de satisfacción no fueron entregadas correctamente a todas las gestantes.

El documento resulta útil como soporte informativo en la primera visita de gestación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/664 ===== ***

Nº de registro: 0664

Título
ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

Autores:
RODRIGUEZ LAZARO LAURA, MARTI GAMBOA SABINA, MARTINEZ SUÑER SILVIA, PEREZ GONZALEZ JESUS, REDRADO GIMENEZ OLGA, RUIZ SADA JULIA, CHOLIZ EZQUERRO MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0664

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

PROBLEMA

El control gestacional de bajo riesgo es llevado a cabo en los Centros Médicos de Especialidades (CME) adscritos al Hospital Universitario Miguel Servet (CME Ramón y Cajal, CME San José, CME Grande Covián).

En la primera visita del control gestacional, la paciente recibe información acerca de:

Visitas y seguimiento de la gestación en el Centro de Especialidades.

Exploraciones ecográficas y Diagnóstico Prenatal.

Infecciones TORCH.

Alimentación y estilos de vida saludables.

Medicación y suplementos necesarios.

Control gestacional concomitante con la Matrona de Área.

Cribado oportunista de patología cervical.

La ecografía obstétrica y el screening de cromosomopatías son una parte fundamental del control gestacional de bajo y alto riesgo. En nuestro centro se realizan actualmente tres exploraciones ecográficas en la gestante de bajo riesgo, cada una de ellas con finalidad y tiempos de exploración diferentes.

La primera ecografía se realiza en el primer trimestre de la gestación, en torno a la semana 12. En esta misma visita se realiza también el screening de cromosomopatías y se informa a la paciente en ese mismo momento del resultado obtenido. La segunda ecografía se realiza en la semana 20 de gestación y en ella se estudia detalladamente la morfología fetal. Y la tercera, en torno a la semana 35, cuyo objetivo principal es la valoración del estado y del crecimiento fetal, la situación y presentación, las características de la placenta y el volumen del líquido amniótico.

La gran cantidad de información que se expone en la primera visita de la gestación, hace necesaria la elaboración de documentos que la paciente pueda llevarse a su domicilio a fin de releerlos, comprenderlos y consultarlos cuando lo necesite a lo largo del embarazo.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocimiento del documento informativo por parte de los facultativos que trabajan en los Centros de Especialidades.

Facilitar información a las gestantes antes de acudir a las exploraciones ecográficas.

MÉTODO

Consensuar el documento con los facultativos encargados del seguimiento de la gestación en los CME. (Dr. Pérez, Dra. Martínez)

Elaboración del documento informativo de ecografía obstétrica y diagnóstico prenatal. (Dra. Rodríguez, Dra. Chóliz)

Elaboración de una encuesta para poder evaluar el grado de satisfacción de la paciente. La nota de los apartados irá de 1 a 10 donde 10 será "completamente satisfecho" y 1 "nada satisfecho". (Dra. Redrado)

Distribución y difusión del documento en los Centros de Especialidades adscritos. (Dra. Ruiz)

Evaluación del documento y grado de satisfacción de las gestantes. (Dra. Martí)

INDICADORES

Porcentaje de gestantes que acuden a la ecografía obstétrica con el documento leído. En la encuesta de satisfacción se preguntará a la paciente si recibió el documento informativo antes de acudir a las ecografías. Se considerará aceptable una cobertura inicial del 80%, esperando llegar al 100% en el plazo de un año.

Grado de satisfacción de las pacientes. Se considerará aceptable una puntuación por encima de 6.

DURACIÓN

Reunión de la Sección de Diagnóstico prenatal y lluvia de ideas para la elaboración del documento. (Octubre 2016)

Reunión con los facultativos especialistas de los diferentes Centros de Especialidades para poner en común el documento y valorar modificaciones. (Noviembre 2016)

Elaboración final del documento informativo. (Diciembre- Enero 2016-2017)

Distribución por los diferentes Centros de Especialidades. (Febrero 2017)

Evaluación de la difusión del documento y grado de satisfacción de las gestantes. (Marzo 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0664

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0703

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Fecha de entrada: 04/05/2017

2. RESPONSABLE ESTHER VIÑERTA SERRANO
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ CARBALLO MARIA SOFIA
GOTOR COLAS MARIA LUZ
GALLEGO CARNICER JAVIER
MARTINEZ SANTISTEBAN PILAR
ROYO VIÑADO MARIA JESUS
ORTEGA LACAMBRA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Recogidas de datos de todas las mujeres inmigrantes procedentes de los países de riesgo según manpa donde se practica la MGF.
Aviso de su estancia hospitalaria en este centro a la organización Médicos del Mundo a través de telefonía fija y/o móvil.
Facilitación del acceso de las mediadoras culturales adjuntándoles documentación sobre talleres de educación para la salud para población inmigrante, encuesta de satisfacción, y documento informado sobre consentimiento para realizar revisiones a recién nacidas en nuestro país.
Realización de un análisis estadístico con los datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han identificado a todas las mujeres procedentes del África Subsahariana de países de riesgo de prácticas de MGF que se les ha realizado en el libro de registro del parto como en la historia clínica.
Se ha proporcionado documentación informativa para la asistencia a talleres y cursos para un correcto uso del sistema sanitario, adecuado control prenatal, planificación familiar y salud materno-infantil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se sigue observando que la captación de mujeres se realiza al 100 %, pero que su transmisión a la asociación Médicos del mundo, sigue fallando en los meses estivales, debido al período vacacional de las participantes, siendo hasta el 50 % en algunos meses.
Mejora de la comunicación con las mediadoras por vía telefónica con móvil a través del envío de mensajes los fines de semana. Se captan más mujeres que por teléfono ordinario que los fines de semana está cerrada la sede.

7. OBSERVACIONES.

Se va a hacer una sesión clínica en Junio a través de las residentes de matrona, exponiendo el proyecto y la problemática de las mujeres con MGF.
Se ha hecho algún curso formativo con Médicos del Mundo al que han asistido alguna matrona del hospital así como residentes.
Se va a solicitar a través de la Unidad Docente una formación anual para las residentes.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/703 ===== ***

Nº de registro: 0703

Título

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Autores:

VIÑERTA SERRANO ESTHER, MARTINEZ CARBALLO SOFIA, GOTOR COLAS MARIA LUZ, GALLEGO CARNICER JAVIER, MARTINEZ SANTISTEBAN PILAR, SOLA CORROZA PILAR, ROYO VIÑADO MARIA JESUS, ORTEGA LACAMBRA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0703

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

La Mutilación Genital Femenina incluye todas las prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones a los órganos genitales femeninos, ya sea por motivos culturales, religiosos, o por cualquier otra razón terapéutica. Las sociedades occidentales actuales se caracterizan por la integración y convivencia de diferentes culturas. Fruto de los flujos migratorios, la riqueza multicultural es una de las señas de identidad de sociedades avanzadas. En España, esta práctica se considera una violación de los derechos de las mujeres y en ninguna circunstancia se puede justificar basándose en el respeto de las tradiciones culturales. Desde el H.U. Miguel Servet, tratamos de identificar a aquella población incluida como factores de riesgo, es decir, ser mujer y pertenecer a una etnia y/o país en los que es admitida la práctica de la MGF, o bien ser una mujer adulta con MGF practicada. La detección se realiza en los servicios de Obstetricia, en concreto en Paritorio. Las fuentes de información para recabar datos serán a través de la propia inspección en el momento del parto, y a través de la encuesta que se les formula para reconocer el país de origen de la población inmigrante.

RESULTADOS ESPERADOS

Hasta el momento, forma parte de la continuidad de un proyecto de calidad de mejora que se inició en el año 2008.

- Identificación de aquellas mujeres inmigrantes incluidas como factores de riesgo.
- Inclusión de documentación con datos personales de la mujer, fecha de parto, sexo del recién nacido, país de origen, nº de habitación, así como folleto informativo sobre prácticas saludables, encuesta de opinión de la MGF, compromiso de Prevención de la MGF e información sobre Talleres de Promoción de la Salud y derechos humanos, y Prevención de la MGF.
- Colaboración en la difusión de actuaciones orientadas a la formación en las comunidades a través de los talleres realizados en la sede de Médicos del Mundo.
- Incorporación de las residentes de matrona en la formación continuada y en la difusión del programa de calidad fomentando su participación.
- Identificación de mujeres que dan a luz en el H.U. Miguel Servet a las que se les ha practicado alguna MGF en su infancia y/o pertenecen a algún país de riesgo.
- Sensibilizar al colectivo masculino del núcleo familiar para que no se produzca dicha práctica en su entorno.
- Ofrecer herramientas a través de talleres y cursos para un acceso correcto al sistema sanitario, adecuado control prenatal, planificación familiar y salud materno-infantil, aprovechando ésto para el abordaje de la MGF.
- Sensibilizar a las residentes de matrona, ginecología y pediatría sobre la MGF mediante la incorporación de seminarios en su formación.

MÉTODO

Identificación y registro a través del libro de partos de aquellas mujeres con algún país de riesgo o con alguna MGF

- Comunicar a Médicos del Mundo de los datos registrados y del ingreso de alguna mujer de riesgo.
- Preparar material informativo para proporcionar a las Mediadoras Culturales y éstas a su vez a las pacientes Ingresadas
- Organizar o cooperar en la realización de cursos de formación continuada para personal sanitario

INDICADORES

- Nº de mujeres identificadas pertenecientes a algún país de riesgo y/o con alguna MGF practicada.
- Nº de mujeres captadas.
- Nº de mujeres que asisten a los talleres impartidos por Médicos del Mundo.
- Nº de cursos de formación continuada realizados para personal sanitario.
- Nº de asistentes a los cursos de formación continuada.
- Nº de casos nuevos detectados de MGF practicadas.

DURACIÓN

Como es una continuidad del proyecto actual, no existe fecha de inicio porque se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0703

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

está realizando en la actualidad. Lo mismo ocurre con la finalización.

OBSERVACIONES

EL MATERIAL DIVULGATIVO ES PROPORCIONADO POR MÉDICOS DEL MUNDO : INFORMACIÓN DE TALLERES, INFORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS SALUDABLES, CONSENTIMIENTO ESCRITO Y ENCUESTA SOBRE MGF.
LOS CARNETS IDENTIFICATIVOS DE LAS MEDIADORAS SERÁN PROPORCIONADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0715

1. TÍTULO

AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ANDREA AGUSTIN OLIVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PADIN FABEIRO MARTA
EZQUERRA GIMENEZ ANA
TABUENCA VICIEN CRISTINA
SERRANO VIÑUALES ITZIAR
PARDO JORDAN MARIA JOSE
ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS LUZ
LAHOZ FUERTE JOAQUINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este periodo los diferentes profesionales se han coordinado para conseguir el objetivo del proyecto. Las pacientes seleccionadas por su bajo riesgo han sido dadas de alta antes de las 12 horas de la mañana, facilitando la disponibilidad de camas en las plantas de puerperio y permitiendo que no se acumulen los ingresos a última hora de la mañana. No han sido necesarios recursos económicos, ya que toda la infraestructura y personal necesario estaba disponible previamente, únicamente se han optimizado su utilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dentro del grupo seleccionado para el alta precoz, hasta un 55% de ellas han podido ser dadas de alta antes de las 12 h.
Inicialmente se propuso un standard del 50%, por lo que se ha cumplido y superado el objetivo propuesto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los integrantes del equipo que atiende a las pacientes puerperas han colaborado para la consecución de este proyecto.
Este proyecto puede mantenerse dada la elevada satisfacción de las pacientes y la predisposición de los profesionales sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/715 ===== ***

Nº de registro: 0715

Título
AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO

Autores:
AGUSTIN OLIVA ANDREA, PADIN FABEIRO MARTA, EZQUERRA GIMENEZ ANA, TABUENCA VICIEN CRISTINA, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, PARDO JORDAN MARIA JOSE, ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS MARIA LUZ, LAHOZ FUERTE JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: AGILIZACIÓN DEL SISTEMA DE ALTAS

PROBLEMA
En el Hospital Universitario Miguel Servet tienen lugar más de 4000 partos anualmente, lo cual supone un elevado número de ingresos y de altas hospitalarias, la mayor parte de ellas de forma precoz (a partir de las 48 horas tras un parto vaginal y a los 4 días tras una cesárea si no existen complicaciones). En este proceso se encuentran involucrados varios profesionales: auxiliares, enfermeras, personal de limpieza, secretarías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0715

1. TÍTULO

AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO

administrativas, ginecólogos, pediatras y matronas. Por ello el proceso debe realizarse de forma conjunta y organizada para optimizar los recursos. Hasta la implantación del plan de mejora de agilización de las altas hospitalarias en el puerperio en 2016 todas las altas se producían entre las 12 y las 15 horas. A partir de la implantación de este proyecto, aquellas pacientes que cumplían los criterios de inclusión posteriormente explicados fueron dadas de alta antes de las 12 h del mediodía.

El objetivo de este proyecto es continuar secuenciando las altas hospitalarias en dos bloques horarios: uno antes de las 12 horas y otro entre las 13 y 14 horas, facilitando la disponibilidad de camas a primera hora de la mañana para nuevos ingresos, evitando la sobrecarga de altas a última hora de la mañana y mejorando la satisfacción de las pacientes al poder irse a casa más precozmente.

RESULTADOS ESPERADOS

Alta de las pacientes en dos franjas horarias:
-1º antes de las 12 horarias
-2º entre las 13-14 horarias.

MÉTODO

Inicialmente hay que seleccionar aquellas pacientes que puedan ser dadas de alta en la primera franja horaria, considerando los siguientes criterios de inclusión:

- Transcurso de 48 horas tras un parto vaginal o 4 días tras una cesárea antes de las 8h de la mañana
- Pacientes sin patología de base
- Recién nacidos a término con peso adecuado para su edad gestacional

El ginecólogo seleccionará las pacientes candidatas en el pase de visita el día anterior y le consultará a la paciente si desea irse a casa al día siguiente antes de las 12 horarias. Si la paciente acepta, el ginecólogo, el pediatra y la matrona el día del alta del pasarán visita a estas pacientes a primera hora de la mañana y la enfermera les entregará la documentación para que pueda abandonar el hospital antes de las 12 horarias.

INDICADORES

Se considerará que se han cumplido los objetivos si al menos el 50% de las pacientes seleccionadas para el alta precoz abandonan el hospital antes de las 12h. La evaluación se realizará de forma anual.

DURACIÓN

Aplicación durante un año a partir de la fecha de aprobación del proyecto y valoración de los resultados de forma anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0725

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UNPROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO ADIEGO CALVO
· 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
COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
RUBIO CUESTA PATRICIA
MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN
FRANCO JIMENEZ LORENA
PASTOR CABALLERO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se llevó a cabo la elaboración del triptico informativo, motivo de esta línea de mejora, en el que se informa de los procesos a los que va a ser sometida la paciente durante su ingreso hospitalario: forma de ingreso, hospitalización, pruebas complementarias accesorias a su proceso quirúrgico y que profesionales van a atender su postoperatorio.

Se elaboró además una encuesta de satisfacción, de cara a evaluar el impacto en la paciente de este triptico, así como a las actividades de monitorización de su entrega.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha incorporado a nuestra práctica habitual la entrega del triptico informativo a la paciente en la visita preoperatorio. Dado que esta se realiza entre 7 y 14 días de la cirugía, ha sido entregada en la totalidad de los casos. Por lo tanto, la cobertura ha sido cercana al 100% y la acogida por parte de todo el personal de Consultas Externas, encargados de su impresión y entrega ha sido excelente. Este dato se vio ya en la monitorización a los 6 meses. [OBJETIVO: 85% a los 6 meses, 100% al año] Solo una paciente manifestó no haber recibido el triptico durante este tiempo.

La encuesta de satisfacción recibió una acogida menor en sus inicios. Entregada en la Planta de Hospitalización, con el fin de ser entregada y recogida durante el mismo proceso. Al primer mes se entregaron los cuestionarios al 58% de las pacientes, cifra que subió hasta el 74% a los 3 meses, alcanzando el 93% a los 6 meses. El porcentaje de cumplimentación es ligeramente menor, del 90% de las pacientes a las que se les entrega el cuestionario.

En concepto de:

- satisfacción con la información recibida, la nota media fue de 8,63.
- Utilidad para su ingreso hospitalario: mayor de 8.
- Disminución la ansiedad previa al ingreso: mayor de 8.
- Concordancia con la experiencia vivida: mayor de 9.

[Objetivo > 6]

Destaca que una paciente manifestó haberlo perdido y otra haberlo olvidado sin leerlo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La información a las pacientes es un hecho fundamental en la asistencia sanitaria. En muchos casos, al tratarse de nuestra actividad laboral habitual es que probablemente ese ingreso hospitalario sea una de las situaciones vitales más estresantes que van a vivir, tanto por la propia cirugía como por la naturaleza de su diagnóstico.

Un "pequeño" triptico es suficiente para disminuir la ansiedad de la paciente para afrontar su intervención, además de aportar beneficios para nuestra práctica diaria habitual. Han disminuído, hasta prácticamente desaparecer las dudas/conflictos para realizar el ingreso hospitalario. Además, las pacientes conocen de antemano que profesionales les van a atender durante el ingreso y conociendo de antemano la atención integral que ya se venía dando sin la "publicidad" adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/725 ===== ***

Nº de registro: 0725

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0725

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UN PROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

Título
ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UN PROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

Autores:
ADIEGO CALVO IGNACIO, VICENTE GOMEZ ISABEL, COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO, VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER, RUBIO CUESTA PATRICIA, MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN, FRANCO JIMENEZ LORENA, PASTOR CABALLERO PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

El diagnóstico de una neoplasia mamaria coloca a la mujer en una situación francamente vulnerable. Con el inicio ya hace muchos años del Proceso Asistencial de Patología Mamaria se ha conseguido encauzar muchas de las actuaciones favoreciendo la situación personal tanto del paciente como de sus familiares al sentirse "acompañados" en ese proceso.

A pesar de ello, hemos detectado a lo largo de los años, que uno de los puntos que más ansiedad genera, por su desconocimiento, es qué les espera en su ingreso hospitalario.

Es el miedo a lo desconocido lo que hace que afronten de esa manera esta circunstancia y creemos que al verse convenientemente subsanada, ayudaría a estas pacientes (y sus familias) a superar de mejor manera este paso en el tratamiento del cáncer de mama.

Además, la situación de estrés que acompaña al diagnóstico, impide en muchas ocasiones afrontar el proceso como sería conveniente e impide fijar información comentada verbalmente en la consulta. La repetición de preguntas similares por parte de las mismas pacientes así como la identificación de preguntas repetitivas por parte de prácticamente la totalidad de las pacientes que se enfrentan a este problema nos han llevado a proponer este proyecto de mejora, con el fin de resolver las dudas/desconocimientos más frecuentes con la intención de mejorar su atención y facilitar el proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es conseguir aportar la información necesaria a la paciente que se va a someter a una cirugía por proceso oncológico de mama para que conozca aquello que debe conocer para conseguir evitar la ansiedad. Es la información lo que nos va a permitir que los pacientes se enfrenten a esta situación libres del miedo a lo desconocido, con los beneficios que ello aporta

De manera secundaria:

Facilitar el trabajo del personal de la Unidad (admisión, recepción en planta por Enfermería, celadores, ...) al hacer conocedores de los procesos a los pacientes y familiares.

Cuantificar el beneficio aportado por esa información en las pacientes.

MÉTODO

Se elaborará un tríptico informativo (coordinado por Ignacio Adiego y Francisco Villalobos) con la información necesaria para las pacientes en materia de: cómo realizar el ingreso, qué procedimientos van a ser realizados dentro del ingreso, dónde va a llevarse a cabo la intervención, qué profesionales van a visitarle durante el ingreso, ... Este será entregado a la paciente en la visita preoperatoria, con el fin de servir de apoyo a la resolución de dudas que no haya podido o recordado preguntar en la consulta.

Información al resto de profesionales que pudieran verse involucrados en la instauración de este tríptico (Lorena Franco en Consultas Externas y Patricia Rubio en Hospitalización).

Elaboración (Luis Fernando Colmenarejo) de encuesta de satisfacción para poder cualificar el impacto en la paciente y familia de la información que ha recibido. La nota de los apartados irá codificada entre 1 a 10 donde 10 es "completamente satisfecho" y 0 "nada satisfecho".

Recogida de encuesta de satisfacción (Paula Pastor).

Procesamiento de datos procedentes de las encuestas de satisfacción (Isabel Vicente)

Monitorización del nivel de Cobertura (Ana Carmen Marcuello y Francisco Villalobos)

Elaboración de propuestas de mejora (Ana Carmen Marcuello)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0725

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UNPROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

INDICADORES

Grado de satisfacción: En una escala de satisfacción de 1 a 10, numerica, consideramos aceptable una puntuación mayor de 6 como punto de partida para nuestro proyecto.

Cobertura: en la encuesta de satisfacción, se le preguntará a la paciente si recibió antes del ingreso el triptico informativo, contestable con SI/NO/NO LO RECUERDO. En un inicio, consideramos aceptable la cobertura inicial del 85%, con la intención de alcanzar el 100% en el plazo de un año.

DURACIÓN

Octubre 2016: reunión de los profesionales para evaluar los puntos fundamentales que aparecerán en el tríptico informativo.

Finales de Octubre: Maquetación y elaboración del documento.

2 de Noviembre: Inicio de la entrega del documento informativo en consulta preoperatoria de Unidad de Mama.

A los 6 meses, reevaluación de los parámetros de satisfacción y cobertura.

A los 6 meses, tras esa reevaluación, reunión para propuestas de mejora.

Al año, si el grado de satisfacción y cobertura son buenos, planificar instaurar tripticos adecuados a cada modalidad de intervención (Mastectomía, Cirugía conservadora, Radioterapia intraoperatoria, ...)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0750

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE YASMINA JOSE GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BAQUEDANO MAINAR LAURA
MOROLLON LORIZ ISABEL
BORQUE IBÁÑEZ AMPARO
DE PABLO SORIANO DANIEL
RODRIGO CONDE CESAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha del proyecto, se han unificado las pautas de actuación de los facultativos del Servicio que pasan la consulta de Oncología Ginecológica a la hora de realizar el seguimiento de las pacientes tratadas por cáncer de endometrio, ovario, cérvix, vulva y vagina. Se ha protocolizado, en función de las recomendaciones de las principales sociedades científicas, los intervalos de seguimiento durante los primeros años post-tratamiento, de forma individualizada para cada tipo de tumor, consensuando el tipo de exploraciones y pruebas complementarias se deben realizar en cada tipo de tumor, evitando en muchos casos maniobras innecesarias y molestas para las pacientes, con el coste económico asociado que suponen pero sin minimizar la capacidad de detección de posibles recidivas.

Hemos cumplido el calendario de actividades previsto.

Material desarrollado:

Se han creado unos algoritmos de seguimineto para cada tipo de tumor en función de las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en ellos consta la periodicidad de seguimiento y pruebas y exploraciones a realizar en cada tipo de tumor. Estos algoritmos están disponibles en las 2 consultas de Ginecología Oncológica. (Onco A y B).
Existen bases de datos de los tumores ginecológicos para registrar las posibles recidivas detectadas y la supervivencia libre de enfermedad y global de las pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados del proyecto han sido muy positivos ya que hemos conseguido unificar pautas de actuación entre todos los miembros del servicio, logrando disminuir visitas y pruebas complementarias innecesarias.
Revisando al azar 100 historias de pacientes oncológicas atendidas en consulta tras la instauración del protocolo, el 90% cumplía las nuevas recomendaciones establecidas.
El número de recidivas de enfermedad fue similar a los años previos, con lo que confirmamos que la optimización de exploraciones y recursos no va en detrimento de la salud de las pacientes y si supone un ahorro económico considerable.
Las pacientes mediante encuestas anónimas se encuentran más satisfechas por la asistencia recibida, estando el 95 % satisfechas o muy satisfechas con la atención prestada por los facultativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora es muy positiva, ya que únicamente unificando criterios de actuación hemos logrado mejorar nuestra labor asistencial diaria. Se trata de un proyecto completamente sostenible por utilizar los recursos disponibles en las consultas no necesitando de ningún material nuevo.
Todos los facultativos implicados se han mostrado muy colaboradores con la iniciativa y han aportado ideas con la finalidad de mejorarla.

Quedaría pendiente, mejorar la coordinación con los otros Servicios implicados en el seguimiento de estas pacientes como Oncología médica y Radioterapia, para intentar ver a las pacientes el mismo día y ahorrar visitas hospitalarias y desplazamientos a las pacientes. Esto ya se ha empezado a realizar con buenos resultados por el momento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/750 ===== ***

Nº de registro: 0750

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0750

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

Autores:

JOSE GUTIERREZ YASMINA, BAQUEDANO MAINAR LAURA, MOROLLON LORIZ ISABEL, PUIG FERRER FERNANDO, HORNO OCTAVIO MARIANO, BORQUE IBAÑEZ AMPARO, DE PABLO SORIANO DANIEL, RODRIGO CONDE CESAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Cánceres ginecológicos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Ginecología del Hospital Miguel Servet es centro de referencia en el diagnóstico y tratamiento del cáncer ginecológico de la Comunidad Autónoma de Aragón, incluyendo en su Cartera de Servicios todos los procesos malignos del tracto genital.

Una vez realizado el tratamiento primario de cada tipo de tumor: endometrio, cérvix, ovario, vulva y otros menos frecuentes es preciso realizar un correcto seguimiento, más intenso durante los primeros años, que se podrá ir espaciando si las pacientes continúan libres de enfermedad.

El seguimiento deberá ser distinto en cada tipo de tumor por las características de los mismos, ya que difieren en el lugar y periodo más frecuente de recidiva.

En la actualidad no disponemos de un protocolo de seguimiento instaurado. Por ello con la finalidad de corregir y mejorar esta situación, proponemos esta línea de mejora que pretende facilitar el trabajo a los integrantes de nuestro Servicio para obtener un resultado final óptimo tanto para nosotros como para nuestras pacientes.

Se protocolizará, en función de las recomendaciones de las principales sociedades científicas, los intervalos de seguimiento durante los primeros años post-tratamiento, de forma individualizada para cada tipo de tumor y estableceremos el momento en el que se considera prudente dar el alta de las consultas hospitalarias para continuar las revisiones en las consultas de los CME. También consensuaremos que tipo de exploraciones y pruebas complementarias se deben realizar en cada tipo de tumor, evitando en muchos casos maniobras innecesarias y molestas para las pacientes, con el coste económico asociado que suponen pero sin minimizar la capacidad de detección de posibles recidivas.

RESULTADOS ESPERADOS

Por todo lo anteriormente expuesto pretendemos actualizar y unificar las pautas de actuación en relación al seguimiento de las pacientes oncológicas en nuestras consultas externas especializadas (Ginecología Oncológica Ay B).

Pretendemos utilizar estrategias validadas desde la evidencia científica, con la finalidad de obtener el máximo rendimiento, con criterios de coste-eficacia aceptables y teniendo en cuenta los recursos existentes.

Comenzaremos en una 1º fase del proyecto con la implementación de este protocolo en las consultas hospitalarias de nuestro centro para de forma progresiva extenderlo a los CME. De esta forma tras los años determinados para cada tipo de tumor, las pacientes podrán realizar sus revisiones de forma ambulatoria, sin tener que acudir al centro Hospitalario de referencia.

MÉTODO

1. Diseño de un protocolo de actuación para el seguimiento de las pacientes oncológicas en el Servicio de Ginecología, basado en los protocolo de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).
2. Presentación del protocolo a los miembros del Servicio implicados en estas consultas específicas.
3. Instauración del protocolo de forma inicial en las consultas externas hospitalarias de ginecología.
4. Extensión del protocolo en los siguientes años a los CME dependientes de nuestra área.
5. Control de calidad del protocolo, con registro del número de recidivas detectadas.
6. Control de la eficiencia del nuevo protocolo.

INDICADORES

- INDICADORES:
1. % de aplicación del nuevo protocolo de seguimiento en las consultas externas hospitalarias, deseable por encima del 80%.
 2. Número de recidivas detectadas mediante el nuevo protocolo de seguimiento.
 3. Ahorro económico asociado, al disminuir el número de procedimientos, análisis y pruebas innecesarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0750

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

4. Evaluación del grado de satisfacción de las pacientes.

Para la evaluación y seguimiento:

• Creación de reuniones y sesiones de trabajo trimestrales para detectar posibles problemas en el desarrollo del proyecto.

• Elaboración de base de datos informatizada para conocer la incidencia de recidivas en cada tipo de cáncer ginecológico detectadas.

• Realización de un proceso de auditoría interna para la valoración de los resultados obtenidos tras la aplicación del nuevo protocolo.

• Detección de posibles debilidades del protocolo y aspectos que puedan ser mejorados.

• Elaboración de una memoria anual con la actividad asistencial realizada en relación al procedimiento.

• Elaboración y distribución de encuestas anónimas para conocer el grado de satisfacción de las usuarias.

DURACIÓN

1. Elaboración del protocolo de actuación: octubre 2016.

2. Presentación a los miembros del Servicio: octubre 2016.

3. Inicio de aplicación del protocolo en las consultas externas hospitalarias: octubre 2016.

4. Creación de base de datos informatizada: octubre 2016.

5. Actualización periódica de la base de datos, de forma continuada desde octubre del 2016.

6. Elaboración de reuniones periódicas: trimestralmente.

7. Elaboración de memoria anual del proyecto: noviembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0822

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JARA PASCUAL MANCHO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TAJADA DUASO MAURICIO
ABENIA USON PILAR
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO
VILLACAMPA ALONSO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han realizado reuniones multidisciplinarias mensuales salvo verano. Con creación de actas.
- Se han realizado reuniones de carácter extraordinario en casos especiales de carácter urgente por los plazos de interrupción gestacional y por ser pacientes procedentes de otras provincias y comunidades autónomas para optimizar las consultas en un solo viaje.
- Hemos creado un circuito de comunicación oficial y escrito entre los distintos especialistas y mejorado la información transmitida a los pacientes.
- Hemos creado una base de datos para el seguimiento de los indicadores del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han creado figuras interlocutoras de cada subespecialidad que facilitan la colaboración interdisciplinaria.
 - N° de reuniones realizadas: 8 (mensuales salvo periodo estival que se suplieron por extraordinarias en función de los casos diagnosticados).
- Reuniones: 1°. Patología urológica fetal (17/01/2017) 2°. Psicología clínica (03/02/2017) 3°. Cromosomopatías sexuales (15/02/2017) 4°. Neuropediatría y patología fetal (29/03/2017) 5°. Interrupción Legal del Embarazo (19/06/2017) 6°. Cardiología fetal (29/09/2017) 7°. Genética clínica (04/10/2017) 8°. Retraso crecimiento intrauterino (20/12/2017).
- Se disponen de actas de las reuniones pero dado el espacio en este formulario no se adjuntan.
- Se ha creado una base de datos operativa que permitirá un control de calidad.
 - De las 195 malformaciones ecográficas diagnosticadas durante el 2017, el 21% realizaron ILE. 76 fueron atendidas por miembros del comité multidisciplinario (39%). 11 pacientes por el nuevo circuito de Psicología Clínica (el 100% de estas pacientes realizaron ILE).
- El 88% de las pacientes eran del Sector II, 12% de otras áreas de referencia (Teruel, Huesca, La Rioja, Barbastro, Área III)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración sobre las actividades realizadas por parte del equipo de mejora es muy positiva. Ha permitido mejorar la comunicación de la sección de Diagnóstico Prenatal con otras especialidades. Ha permitido mejorar la información proporcionada a las pacientes con fetos malformados previo a la ILE o al parto.

Aspectos pendientes: Estimar la valoración de las pacientes sobre este nuevo circuito a través de una encuesta de satisfacción y/o percepción del proceso. Proponemos realizarlo en la continuación del proyecto.

Este proyecto ha tenido muy buena acogida por los profesionales pero es de difícil replicación en otros centros de la comunidad que no cuenten con la cartera de especialistas necesarios. Esperamos en años sucesivos aumentar el porcentaje de pacientes externos a nuestra área susceptibles de beneficiarse de este circuito a través de la difusión de este programa.

7. OBSERVACIONES.

Se realizó una sobreestimación del porcentaje de pacientes con fetos malformados que se beneficiarían del proyecto (85 sobre 38%). Esto es debido a que los fetos con malformaciones mayores (acráneos, encefaloceles...) no entran en este circuito porque tienen un pronóstico ominoso y se prolonga la decisión de la ILE.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/822 ===== ***

Nº de registro: 0822

Título
COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0822

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores:
PASCUAL MANCHO JARA, TAJADA DUASO MAURICIO, GARRIDO FERNANDEZ MARIA PILAR, GARCIA ASENSIO LAURA, ABENIA USON PILAR, LASARTE LOPEZ ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- El cribado de las malformaciones fetales se realiza por parte de los obstetras ecografistas. Salvo en patología cardíaca, el resto de las malformaciones son comunicadas a los futuros padres por los propios obstetras.
- No hay establecido un circuito ágil y rápido de derivación de estos pacientes a los propios especialistas implicados en el seguimiento postnatal, siendo que estas situaciones requieren una atención temprana antes de las 22 semanas de gestación.
- Se ha visto aumentada la necesidad de traslados de gestantes a centros extracomunitarios para tratamiento intraútero y postnatal que son subsidiarios de soporte y seguimiento por parte de la trabajadora social.
- También se ha visto aumentado el número de parejas que deciden continuar la gestación con diagnósticos neonatológicos desfavorables e incompatibles con la vida. Dichas gestaciones son candidatas a tratamientos paliativos perinatales que requieren una planificación prenatal, mayor seguimiento y mayor soporte tanto médico como psicológico y social. Estos casos también se beneficiarían de un circuito establecido para la evaluación de los recursos sociales y familiares de forma prenatal.

Por todo ello, el establecimiento de un circuito ágil de derivación de dichos pacientes, que a demás sirva como canal de comunicación prenatal entre los distintos especialistas involucrados, será una oportunidad de mejora en la atención clínica de estos casos. Dicho marco favorece la puesta en común de los hallazgos, la mejora y unificación de la información suministrada a los padres para una toma de decisiones autónoma, el seguimiento evolutivo de los casos por parte de los especialistas y las pautas posibles de control y tratamiento tanto prenatal como postnatal.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar un circuito asistencial multidisciplinar ágil para los pacientes diagnosticados de malformaciones fetales.
- Consensuar y unificar la información suministrada a los padres para una toma de decisiones autónoma y plena.
- Consensuar y unificar la planificación y pauta de controles prenatales.
- Mejorar el soporte tanto psicológico, informativo, como social de los futuros padres tanto si deciden continuar la gestación como interrumpirla.
- Elaborar una base de datos que integre los casos en curso, accesible para conocimiento de todos los especialistas implicados y permita el control de calidad.
- El análisis de la evolución de los casos a medio y largo plazo.

MÉTODO

- Selección y nombramiento de los representantes de las diferentes subespecialidades implicadas en el equipo de mejora.
- Creación del circuito de derivación.
- Instauración de reunión multidisciplinar (inicialmente su periodicidad pretende ser mensual o bimensual).
- Se contemplan reuniones de carácter extraordinario con la parte interesada del equipo multidisciplinar según la urgencia que requiera cada caso particular (dado los plazos de la ley de Interrupción Legal del Embarazo), optimizando así la coordinación y el manejo de casos que requieren controles y tratamientos especiales.
- Un objetivo adicional es mejorar la comunicación entre los distintos especialistas de los casos para una derivación fluida, mejora en la información transmitida a los pacientes y por ende su satisfacción percibida.

INDICADORES

- Equipo constituido con nominación de representante y suplente para cada subespecialidad.
- Nº de reuniones realizadas, su periodicidad y participación de los miembros o suplentes del comité prenatal
- Nº de pacientes atendidas mediante dicho circuito sobre el total de pacientes diagnosticadas de malformaciones fetales (>85%)
- Base de datos operativa común que permita un control de calidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0822

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

DURACIÓN

- Diciembre 2016: Elaboración del circuito oficial de derivación y presentación de éste a los integrantes y colaboradores del proyecto de mejora.
- Diciembre 2016: Planificación y coordinación de las reuniones con los distintos especialistas.
- Diciembre 2016: Elaboración de un soporte informático hospitalario común de libre acceso por los distintos especialistas involucrados para su consulta.
- Enero 2017: Instauración de las reuniones y circuito.
- Junio 2017: Evaluación de los resultados mediante el análisis de los indicadores.

OBSERVACIONES

- Este plan de mejora abarca como ámbito más novedoso la incorporación del apoyo social y de recursos que estos pacientes pueden necesitar mediante el trabajador social y enfermería especializada (matrona), así como especialistas en psiquiatría.
- El establecimiento de dicho circuito asistencial se pondrá en conocimiento de los distintos responsables de los hospitales aragoneses cuyo centro de referencia en Diagnóstico Prenatal es el Hospital Materno Infantil para facilitar una derivación mucho más rápida y fluida de los casos por parte de los especialistas que los han iniciado.
- Finalmente, la comunicación y el trabajo en equipo con facultativos de distintas especialidades médicas, es en sí mismo una oportunidad de mejora que permite el trato a estos pacientes de una forma integral.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0828

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE RAUL BOLEA TOBAJAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NEGREDO QUINTANA ISABEL
COTAINA GRACIA LAURA
RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL
MARRON TUNDIDOR RAFAEL
DIAZ RABASA BEATRIZ
PUYUELO SAMITIER ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En un principio el grupo mediante varias reuniones diseñó y planificó las variables que debían de ser introducidas en el libro. También se discutió quién o quienes debían ser los encargados y como debería ser el acceso de los profesionales al libro quirúrgico.

Se estudiaron posibles herramientas informáticas ya en el mercado que pudieran satisfacer nuestras necesidades y que pudieran estar disponibles en nuestro centro.

El libro inicial era una réplica del usado en la actualidad usando una agenda básica de Excel. La información debía ser introducida manualmente (no se podía descargar de la Intranet del hospital) y aunque se mejoró la legibilidad y claridad de los datos y permitía ciertas búsquedas rápidas para no duplicar pacientes, por ejemplo, no cumplía con las expectativas del proyecto.

El proceso quirúrgico se inicia en el momento en el que el facultativo detecta la necesidad de aplicar un procedimiento quirúrgico a la paciente y se produce la inclusión en la lista de espera.

En los últimos meses del 2017 el servicio de Ginecología ha comenzado a realizar la inclusión de las pacientes que precisan una intervención quirúrgica en el HP Doctor. Esta tarea es fundamental para la programación de los diferentes quirófanos ya que se trata de la puerta de entrada o primer paso del proceso y ya estaría informatizada.

Gracias a los datos registrados y sobre la base de la información parametrizada de los tiempos predefinidos por procedimiento quirúrgico, así como la disponibilidad y reparto de quirófanos por día (agendas de quirófano) se facilitaría la planificación/programación de las intervenciones en el día y quirófano que mejor se ajuste a las necesidades del servicio-paciente.

En todos los procesos se ha de registrar la información clave, que incluiría además de los diagnósticos y procedimientos, los cirujanos, la información relacionada con la anestesia (tipo y anestesista responsable), los recursos de radiología necesarios, biopsias asociadas y tipos, recursos de Banco de Sangre necesarios, recursos de técnicas especiales, materiales y prótesis necesarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El desarrollo de informatizar la gestión de la programación quirúrgica del servicio se ha iniciado con la inclusión de nuestras pacientes en la red hospitalaria.

Actualmente existe un registro de todas las pacientes que precisan una intervención con los datos sobre diagnóstico y procedimiento así como la prioridad.

Para el siguiente proceso de planificación de las agendas quirúrgicas, el diseño y definición de las variables ya está estudiado y definido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que el proyecto está en una fase muy inicial, en estos momentos, es imperativo disponer de herramientas informáticas que nos ayuden en nuestra actividad diaria y especialmente en la gestión de la información.

El siguiente paso es continuar trabajando en el diseño de las agendas y buscar algún software que permita el desarrollo del proceso quirúrgico a partir de las necesidades del servicio ya desarrolladas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/828 ===== ***

Nº de registro: 0828

Título
DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

Autores:
BOLEA TOBAJAS RAUL, NEGREDO QUINTANA ISABEL, COTAINA GRACIA LAURA, TOBIAS GONZALEZ PABLO, RUIZ CONDE MIGUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0828

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

ANGEL, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, PUYUELO SAMITIER ELENA, DIAZ RABASA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las intervenciones quirúrgicas forman parte importante de nuestra labor asistencial diaria. El servicio de Ginecología del HUMS cuenta con 2 quirófanos diarios con una media de 3 intervenciones quirúrgicas en cada uno de ellos, así como un quirófano a la semana en la UCSI y una Sala Blanca en área de consultas donde se realizan 4-5 histeroscopias al día. Por ello cualquier cambio en la organización de esta práctica sería de gran relevancia en nuestra práctica diaria.

La informatización del área quirúrgica permitiría gestionar de forma más adecuada y más eficiente todos los procesos clínicos y administrativos incluidos en esta área, tales como la programación de las intervenciones quirúrgicas, la gestión de materiales necesarios, la coordinación con antelación de las necesidades en materia de banco de sangre, anatomía patológica, recursos radiológicos, la colaboración con otros servicios quirúrgicos, la realización de programas formativos (FOCUSS) y la organización del destino posterior de la paciente (hospitalización, REA, UCI)

Actualmente se usa una agenda en papel para la programación quirúrgica con todos los inconvenientes que este hecho conlleva. Al completar de forma manual existe dificultad para la interpretación de registros manuscritos, problemas para la localización de pacientes o intervenciones, duplicación de fechas, etc, así como la posibilidad de pérdida de datos.

La informatización de los datos del libro de Quirófano tiene un efecto altamente beneficioso. Además, la importancia en la informatización de un proceso sanitario ya quedó reflejada por el Ministerio de Ciencia e Innovación al ser una prioridad y objeto de ayuda incluyéndose en los "Proyectos de Ayudas de la Acción Estratégica en Salud".

RESULTADOS ESPERADOS

? Organización y programación de la actividad quirúrgica del servicio, facilitando la distribución de las cirugías, en función de su complejidad y tiempo estimado.
? Visualización simultánea de la programación por varios miembros del servicio en diferentes ubicaciones.
? Codificación de los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos.
? Fiabilidad de los datos recogidos informáticamente por una mejoría en la legibilidad, orden y claridad de los datos.
? Facilidad de acceso a los datos y posibilidad de elaborar estudios de forma rápida y práctica.
? Agilización en la recogida de datos para estadística sanitaria hospitalaria, disminuyendo la dificultad en la interpretación de los datos.
? Conocimiento de la demora actual para realizar un proceso.

MÉTODO

? Reunión del grupo de trabajo para diseño del libro de programación quirúrgica.
? Definición de variables y plataforma informática para el desarrollo del programa.
? Puesta en marcha del libro informático.
? Evaluación y control del funcionamiento del mismo y solución de los problemas surgidos.
? Implantación definitiva de la programación quirúrgica del servicio a través del soporte informático.

INDICADORES

? Porcentaje de pacientes incluidas en el programa informático.
? Listado de errores detectados en el manejo y su incidencia.

DURACIÓN

? Reunión y diseño del libro antes de Diciembre de 2016.
? Inicio de la programación quirúrgica en Enero 2017.
? Tras 3 meses de prueba se realizará una primera evaluación para detectar errores y buscar soluciones.
? A los 6 meses se volverá a reevaluar y se comprobarán los indicadores establecidos.
? Al año informe final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0828

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0836

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA RODRIGUEZ LEON
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALVAREZ ALONSO BEATRIZ
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL
CARRASCO GARCIA MARIA ANGELES
LORDA ABADIAS ESTHER
MANGLANO ALONSO FLAVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han elaborado los siguientes documentos dentro del calendario previsto

Recomendaciones y consejos para profesionales

Algoritmo

Distintivo Cabecera

Distintivo para documentación

Check List

Díptico

Encuesta a profesionales

Se han utilizado recursos con fotocopias en blanco y negro y a color, así como en papel autoadhesivo para identificación de documentos.

Se han celebrado 2 reuniones de difusión de información a profesionales y paralelamente otra a padres y asociaciones (a petición de estos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Difusión entre profesionales: Standard 100%

Se han celebrado dos reuniones para difusión de información a profesionales.

Conocimiento del protocolo: Standard 30%

Posteriormente el personal de plantilla (61) y las residentes de matrona (11) han cumplimentado una encuesta de valoración (51 encuestas cumplimentadas, lo que supone un 70,83%)

Utilidad percibida por profesionales: Standard 30%

Tan solo dos de las 72 encuestas valoran con utilidad <5 o sea, 97,22% lo valoran útil >5

Registro de casos: Standard 35%

Se comenzó a registrar datos en un cuadro para tal fin en Julio de 2015. SE registraron 21 casos desde esa fecha.

En 2016 hubo 33 casos registrados en el cuaderno

En 2017 hubo 35 casos registrados en el cuaderno

Cumplimentación Hoja de Registros: Standard 35%

En 2017, ya instaurado el protocolo, tan solo se han cumplimentado 6 Hojas de Registro, lo que supone sólo un 17,14%. Sin embargo, se puede suponer que algunas de estas han sido adjuntadas en la HC indebidamente y serán tomados como casos perdidos. Podrían recuperarse con la complicación que ello conlleva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto desde el equipo de mejora como desde el grueso de la plantilla se concluye que el protocolo es útil para el desempeño profesional. No se puede medir objetivamente el grado de satisfacción de las familias afectadas, sin embargo la retroalimentación verbal por su parte es positiva.

Se debe insistir en la cumplimentación y adecuado archivo de las Hojas de Registro para valorar datos de manera más controlada con posterioridad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/836 ===== ***

Nº de registro: 0836

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0836

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

Título
PROTOCOLO ASISTENCIAL EN GESTANTES CON OBITO FETAL MAYOR DE 22 SEMANAS DE GESTACION EN DILATAACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

Autores:
RODRIGUEZ LEON MARTA, ANDRES OROS MARIA PILAR, FUENTES ULIAQUE CARMEN PILAR, FUSTERO ORTIZ CRISTINA, LORDA ABADIAS MARIA ESTHER, SANCHEZ GIL MARTA, TEBAN PONCE MARIA VANESSA, VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El concepto de muerte intrauterina en la gestación es amplio, engloba pérdidas de muy diferente número de semanas gestacionales.

* Muerte fetal temprana (aborto): comprende fetos de menos de 22 semanas de gestación o menos de 500 g. de peso. Se refiere, por tanto, a los abortos.

* Muerte fetal intermedia: comprende a los fetos de entre 22 y 28 semanas de gestación o entre 500 y 999 g. de peso.

* Muerte fetal tardía: incluye muertes fetales de más de 1000 g de peso o de más de 28 semanas de gestación completas.

* Muerte neonatal precoz: la muerte ocurre antes de los 7 días postnatales (menos de 168 horas).

AL sufrir una pérdida (ni el peso del niño ni la edad gestacional van a tener implicación en la intensidad del dolor que van a sufrir esos padres) se ponen en marcha una serie de mecanismos que conforman el proceso de elaboración del duelo. Este duelo no constituye una enfermedad en sí misma, sin embargo, su evolución puede derivar en un curso patológico.

La experiencia de los padres y la evidencia científica, afirman que el trato y atención que reciben los padres por el equipo obstétrico es determinante en la evolución posterior del duelo y que cuando se ha actuado adecuadamente, el recuerdo de la experiencia por los padres puede ser tan reconfortante que da luz a sus vidas.

Si bien es cierto que en el caso de aborto precoz (antes de la semana 12) el proceso asistencial está bien sujeto a protocolos hospitalarios actualizados, la muerte fetal temprana, intermedia y la muerte fetal tardía (a partir de la semana 28), así como la neonatal precoz, sufren una atención con notable variabilidad asistencial, unido esto a la baja incidencia del problema resulta una esporádica atención que dificulta la coordinación entre profesionales.

Estas dificultades repercuten en la paciente y su familia, ya que pueden recibir informaciones contradictorias, recibir actuaciones de forma repetida que les resultan dolorosas o, incluso, dejar de recibir alguna que pudiera ser pertinente.

También afecta a los profesionales, siendo su reacción el factor modificable que más pueda afectar al proceso. Nos solemos centrar en la esfera física, evitando la implicación psicológica, pues, por nuestra escasa formación sobre el tema, nos puede llevar a experimentar fracaso, resentimiento o sensación de culpa. Así intentamos controlar nuestra ansiedad evitando la situación. Los profesionales sanitarios demandan más formación.

En 2014 se registraron 22 casos en nuestro hospital, 30 casos en 2015 y alrededor de 16 casos a fecha 30/09/2016. Se podría decir que nos enfrentamos a la posibilidad de más de dos casos al mes, frecuencia que debe ser tomada en cuenta y, por tanto, impulsar la puesta en marcha de este programa.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL: Elaborar un protocolo asistencial dirigido a gestantes con muerte fetal intrauterina para desarrollar en Dilatación, Partos y Despartos.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

* Crear una herramienta de trabajo útil que normalice la atención y cuidados de los profesionales.

* Maximizar la información prestada a pacientes y familiares.

* Incrementar la satisfacción de los profesionales implicados en el proceso.

MÉTODO

Elaboración de un algoritmo visual y de sencilla interpretación, acompañado de una serie de anexos en los que se detallarían:

* El concepto obstétrico, psicológico y asistencial de muerte fetal.

* Una relación detallada de los diferentes supuestos, según la edad de gestación a la que se produce la muerte fetal, y lo que implican a nivel obstétrico, psicológico y asistencial.

* Las posibles variantes que pueden surgir de la generalidad, según la voluntad de la familia respecto a las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0836

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

diferentes opciones ofrecidas por el sistema sanitario.

* Los momentos adecuados, para cada parte del proceso.

Participación en el proyecto de profesionales que mayoritariamente prestan sus servicios en Dilatación, Partitorios y Despertar.

Presentación del documento en el Servicio citado.

Realización de encuestas a los diversos profesionales sobre la comprensión, utilidad y satisfacción respecto al protocolo.

Reunión para valoración global y actualización posterior.

INDICADORES

Existencia del protocolo en el Servicio

Difusión entre los profesionales implicados

Utilidad percibida por los profesionales

DURACIÓN

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO: noviembre 2016 a febrero 2017

ELABORACIÓN DEL ALGORITMO: marzo 2017

DISTRIBUCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL SERVICIO: abril 2017

ENCUESTA SOBRE UTILIDAD A PROFESIONALES: mayo 2017

RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS: junio 2017

MEDIDAS CORRECTORAS DE PROBLEMAS DETECTADOS: septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0864

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSMOPATIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA MARTINEZ SUÑER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ LAZARO LAURA
JASCUAL MACHO JARA
AGUSTIN OLIVA ANDREA
LABORDA GOTOR RAMIRO
PUENTE LUJAN MARIA JESUS
RODRIGUEZ VALLE ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las gestantes acuden a la Unidad de Ecografías para realizar la primera eco entre la semana 11 y 13+6. Previamente se han realizado una analítica en la semana 10 para cribado bioquímico.

Tras realizar la eco, se calcula el riesgo individual de cromosomopatía 21 y 18 gracias al programa. "LyfeCicle" de Perkin Elmer que tiene en cuenta determinados factores maternos, los niveles sanguíneos de PAPP-A y B-HCG y la medida de la translucencia nucal y la longitud craneocaudal fetal.

Los resultados que podemos obtener son: (según el protocolo regional de Aragón):

· Riesgo menor o igual de 1 en 1000: BAJO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se cita para ecografía de segundo trimestre.

· Riesgo mayor o igual de 1 en 50: ALTO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se envía a la Consulta de Diagnóstico Prenatal

para realizar una prueba invasiva.

· Riesgo entre 1 en 50 y 1 en 1000: RIESGO INTERMEDIO DE TRISOMÍA 21 y 18. Se indica NIPT.

Actualmente, se les informa verbalmente del resultado y del procedimiento a seguir. Además, se les entrega una hoja informativa explicativa para aclarar dudas. En esta misma consulta, se les dice día exacto, hora y lugar en el que se tienen que realizar el ADN fetal, consiguiendo reducir el número de consultas explicativas adicionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2017, en nuestra maternidad se han registrado un total de 3906 recién nacidos. Se han realizado un total de 3810 cribados de cromosomopatías; de los cuales; 3362 son de primer trimestre (86%) y 446 (11,4%) son de segundo trimestre.

De todos ellos, riesgo intermedio 410 (12,1%) de primer trimestre y 44 (9,8%) de segundo trimestre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para mejorar la calidad asistencial y disminuir la ansiedad de la paciente, nuestro proyecto se ha centrado en realizar en una única consulta la ecografía del primer trimestre, el cálculo de riesgo del cribado combinado del primer trimestre y la solicitud del NIPT y evitar consultas sucesivas innecesarias. Con todo ello, hemos conseguido llegar a nuestros objetivos de realización de cribado en las gestantes de nuestra área.

Además, hemos conseguido una consulta integrada en una única consulta mejorando los tiempos y la atención a las pacientes. Esto, nos ha permitido, disminuir el número de consultas en diagnóstico Prenatal pudiendo realizar dos ecografías más diarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/864 ===== ***

Nº de registro: 0864

Título
IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSMOPATIAS

Autores:
MARTINEZ SUÑER SILVIA, RODRIGUEZ LAZARO LAURA, PASCUAL MANCHO JARA, AGUSTIN OLIVA ANDREA, LABORDA GOTOR RAMIRO, PUENTE LUJAN MARIA JESUS, RODRIGUEZ VALLE ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0864

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

El test prenatal no invasivo (NIPT) es una prueba de cribado prenatal realizada en sangre materna que analiza el ADN libre del feto y detecta las trisomías más frecuentes: T21, T18 y T13. No es una prueba diagnóstica y ante un resultado positivo se debe confirmar con una prueba invasiva.
El grado de fiabilidad es del 99,9% para T21 con menos del 0,1% de falsos positivos. La especificidad y sensibilidad es superior al 99% para la detección de las trisomías citadas anteriormente.
Actualmente, las gestantes acuden a la Unidad de Ecografías sobre la semana 12 para realizar la primera eco y un cálculo individualizado del riesgo de cromosomopatía. Al finalizar la ecografía, se calcula el riesgo de trisomía 21 y 18 para esa gestación mediante el programa informático "LyfeCicle" de Perkin Elmer que tiene en cuenta determinados factores maternos, los niveles sanguíneos de PAPP-A y B-HCG y la medida de la translucencia nucal y la longitud craneocaudal fetal.
Los resultados que podemos obtener son: (según el protocolo regional de Aragón)
. Riesgo menor o igual de 1 en 1000: BAJO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se cita para ecografía de segundo trimestre.
. Riesgo mayor o igual de 1 en 50: ALTO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se envía a la Consulta de Diagnóstico Prenatal para realizar una prueba invasiva. Igualmente se envía a esta consulta si existe una anomalía ecográfica o antecedentes que forman parte de las indicaciones de prueba invasiva.
. Riesgo entre 1 en 50 y 1 en 1000: RIESGO INTERMEDIO DE TRISOMÍA 21 y 18. Se indica NIPT. Actualmente, se les envía a la consulta de Diagnóstico Prenatal para la solicitud del mismo. Crea ansiedad y preocupación y debemos citarla en días sucesivos en otra nueva consulta para añadir información, lo que aumenta la incertidumbre creada en la paciente y las explicaciones confusas.

RESULTADOS ESPERADOS

Para mejorar la calidad asistencial y disminuir la ansiedad de la paciente, nuestro proyecto se centra en realizar en una única consulta la ecografía del primer trimestre, el cálculo de riesgo del cribado combinado del primer trimestre y la solicitud del NIPT y evitar consultas sucesivas innecesarias.
Al solicitar el NIPT, debemos proporcionar una información sobre: Significado, cromosomas que estudia, enfermedades que producen sus alteraciones, interpretación y tiempo de obtención del resultado. Para simplificar la información verbal se elaborará una hoja informativa.

MÉTODO

Este proyecto requiere la colaboración de todos los facultativos de la Unidad de Ecografías y del Servicio de Genética.

Tras solicitar en NIPT la paciente acude al Servicio de Genética donde son asesoradas y se les entrega un consentimiento informado sobre la prueba. Este Servicio comunica el resultado. En los casos de alto riesgo de cromosomopatía, son ellos mismos los que remiten a la paciente a la consulta de Diagnóstico Prenatal.
Actualmente, el tiempo estimado para realizar la ecografía, el cálculo de riesgo y crear el informe es de 20 minutos. Al introducir la solicitud del NIPT, debemos ajustar el número de pacientes para disminuir tiempos de espera y así reorganizar las agendas liberando carga asistencial de Diagnóstico Prenatal.
Para monitorizar los resultados obtenidos, se creará una base de datos que recoja todas las solicitudes de NIPT. Se asume que habrá circunstancias en las que, por antecedentes maternos o reproductivos o por marcadores ecográficos patológicos, la paciente se seguirá enviando a Diagnóstico Prenatal.

INDICADORES

Indicador principal: Número total de gestantes a las que se le solicita la realización de NIPT directamente desde la sala de ecografías (actualmente la solicitud del NIPT supone aproximadamente el 8% de la población gestante de nuestro área)
Indicadores secundarios: Base de datos creada con información sobre: porcentaje de solicitudes de NIPT y resultados normales y patológicos, confirmación y falsos positivos del NIPT (T21, T18 y alteraciones de los cromosomas sexuales), falsos negativos si los hubiera.
Nuestro objetivo es lograr un 90% de las solicitudes y, teniendo en cuenta un 8% de realización actualmente de NIPT, la consecuente disminución del número de pacientes citadas por este motivo en la Consulta de Diagnóstico Prenatal.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0864

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS

Inicio 1 de Noviembre del 2016
Finalización 31 de noviembre de 2017.

CRONOGRAMA

- . Reunión informativa con los facultativos de la Unidad de Ecografías para explicar el proyecto y con el Servicio de Genética por ser parte implicada en el NIPT.
- . Enseñar a solicitar el NIPT a todo el personal facultativo que realiza ecografía del primer trimestre
- . Crear hoja informativa para las pacientes
- . Reajustar la agenda de ecografías aumentando el tiempo de realización de la ecografía del primer trimestre.
- . Creación base de datos para monitorizar las solicitudes
- . Contabilizar la disminución de pacientes vistas de primer día por este motivo en Diagnóstico Prenatal

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0935

1. TÍTULO

PROCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Fecha de entrada: 20/02/2018

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.
GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO
HÖRNDLER ARGARATE CARLOS
MARTIN SACO GLORIA
ROC ALFARO MARIA LOURDES
DELGADO BELTRAN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de protocolo: en fase avanzada de redacción
Consensuado con los distintos Servicios/Unidades
Entrega de protocolo y consentimiento informado para estudio a la UCA
Presentación en sesión clínica al Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Comienzo de aplicación del protocolo de forma sistemática: septiembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que las peticiones de estudio se ajustan al protocolo: 50%

Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que se llega a determinar la causa que provocó la muerte feta. Por el retraso en la puesta en marcha del protocolo, de momento no hay resultados. Esperables para el segundo semestre de 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una de las fases más complejas previas a la implementación del protocolo fue el establecimiento de los circuitos para que las muestras recogidas tras el parto, llegaran íntegras y en las condiciones de temperatura y almacenaje óptimas para su posterior tratamiento.
Una vez que los circuitos estaban establecidos y el personal formado para ello, la pérdida o deterioro de muestras ha sido mínimo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/935 ===== ***

Nº de registro: 0935

Título
PROCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Autores:
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL, GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO, HÖRNDLER ARGARATE CARLOS, MARTIN SACO GLORIA, ROC ALFARO MARIA LOURDES, DELGADO BELTRAN MARIA PILAR, ENVID LAZARO BLANCA MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El óbito fetal del segundo y tercer trimestre de la gestación, es un suceso que aunque infrecuente, tiene consecuencias dramáticas para la embarazada y todo su entorno. La descoordinación y gran variabilidad en su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0935

1. TÍTULO

PROCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

manejo y estudio posterior, así como la falta de empatía con el profesional encargado de su asistencia hace que sobre el duelo inherente al proceso, se sobreañada una insatisfacción hacia la asistencia recibida y hacia los resultados poco o nada concluyentes de los estudios para conocer la causa del problema. En estos momentos, no más de un 20% de los estudios, acaban en resultados aceptables en la identificación del motivo de la muerte fetal. La ausencia de un soporte informático para la recogida y almacenamiento de datos, que actualmente se recoge de forma manual, hace que sea complicado la elaboración de estadísticas sobre las actuaciones y resultados posteriores

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante el manejo coordinado de todos los profesionales implicados en su asistencia, la sistematización del estudio y la empatía con el duelo familiar por el suceso, se pretende un aumento en la satisfacción de la usuaria y en la identificación de las posibles causas del óbito
La elaboración de una base de datos acorde al protocolo, permitirá la recogida y tratamiento eficaz de los datos relacionados con el proceso

MÉTODO

Elaboración de un protocolo coordinado con los distintos Servicios/Unidades implicados en la asistencia de este tipo de pacientes.

Elaboración de protocolo y coordinación: José Manuel Campillos Maza

Revisión y adecuación de apartados correspondientes a su especialidad:

José Puzo Foncillas, M^a Pilar Delgado Beltrán, Lourdes Roc Alfaro, Gloria Martín Saco, José Ignacio González Hevia, Carlos Hörndler Aragat

Modificación y adecuación de la información transmitida a la paciente y sus familiares directos: José Manuel Campillos Maza

Elaboración de base de datos correspondiente: José Manuel Campillos Maza y Blanca Envid Lázaro

Recogida de datos y análisis posterior: Blanca Envid Lázaro

INDICADORES

Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que las peticiones de estudio se ajustan al protocolo. Se obtendrán de las historias clínicas mediante hojas de control elaboradas para estos fines y de la base de datos

Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que se llega a determinar la causa que provocó la muerte fetal. Se determinará y revisará en las comisiones de mortalidad periódicas realizadas en el centro, introduciendo resultados en la base de datos

DURACIÓN

Elaboración de protocolo: en fase avanzada de redacción

Consensuado con los distintos Servicios/Unidades: octubre de 2016

Entrega de protocolo y consentimiento informado para estudio a la UCA: noviembre de 2016

Presentación en sesión clínica al Servicio de Obstetricia y Ginecología: en dependencia de aprobación del protocolo. Previsión en noviembre de 2016.

Elaboración de base de datos: noviembre de 2016

Comienzo de aplicación del protocolo de forma sistemática: noviembre-diciembre de 2016

Comienzo de utilización de base de datos: diciembre 2016

Evaluación del proyecto: primera comisión de mortalidad perinatal de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0973

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE VIRGINIA ROY RAMOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORQUE IBAÑEZ AMPARO
YAGÜE MORENO HORTENSIA
DEL TIEMPO MARQUES PILAR
MARIN JIMENEZ NURIA ESTHER
MORENO URUEÑA ISABEL
REDRADO GIMENEZ OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras presentar el proyecto de mejora, a solicitud del director del hospital, Dr. Portillo del Olmo, mantuvimos una reunión el día 10 de Mayo de 2017 en la que se aceptó que es competencia de Atención Primaria el consejo contraceptivo y la información sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), de manera que se decidió finalmente que, con el objetivo de dar consejo y tratamiento contraceptivo precozmente a las mujeres que solicitan una IVE en gestación menor de 14 semanas gestionadas desde el Servicio de Información y Atención al Usuario, se incluiría en el sobre informativo, un P-10 realizado por el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Miguel Servet dirigido a la Matrona del Centro de Salud, con los datos médicos de "Consejo Contraceptivo Preferente", facilitando de esta manera el acceso a esta asistencia sanitaria. A la información dada por el servicio de Atención al Paciente, se le añade la posibilidad de poder acudir, si ella lo decide, a la consulta de la matrona de su Centro de Salud solicitando cita preferente con dicho P-10.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el Servicio de Información y Atención al Usuario en este año se han gestionado 465 IVEs y desde la reunión llevada a cabo en Mayo de 2017 en la que se acordó facilitar el P-10 para solicitar cita con la matrona se han adjuntado 283 P-10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que con este servicio se ha mejorado el acceso de las mujeres tras una IVE a un método anticonceptivo eficaz de forma más rápida. La pertinencia de esta actuación está fuera de duda ya que además, estamos esperando la confirmación del nuevo acuerdo marco entre el SALUD y la clínica donde se realizan las IVEs para que desde allí mismo se instaure ya el método anticonceptivo.

7. OBSERVACIONES.

La matrona, es el profesional responsable de dar esta información, derivar al Médico de Atención Primaria o al Centro de Especialidades de forma preferente a la usuaria, realizando aquellas intervenciones de su competencia profesional.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/973 ===== ***

Nº de registro: 0973

Título
CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Autores:
ROY RAMOS VIRGINIA, BORQUE IBAÑEZ AMPARO, YAGÜE MORENO HORTENSIA, DEL TIEMPO MARQUES PILAR, JOSE GUTIERREZ YASMINA, MARIN JIMENEZ NURIA ESTHER, MORENO URUEÑA ISABEL, REDRADO GIMENEZ OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA EMBARAZO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0973

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Tipo de Objetivos :
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

A pesar de todos los métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, el número de IVES en nuestro país sigue siendo elevado, en el año 2014 se han registrado 94.769 intervenciones según los datos facilitados por los centros donde se llevan a cabo. En el 90% de los abortos voluntarios realizados, el motivo es la decisión de no ser madre en ese momento.

Para prevenir las interrupciones voluntarias de embarazo de repetición es preciso realizar un buen consejo contraceptivo que contemple tanto el ámbito familiar, socio-económico y cultural como la educación sexual y reproductiva de la mujer.

Desde la consulta especializada de Planificación Familiar, ubicada en el CME Ramón y Cajal, que atiende a las pacientes del los Sectores I y II, ofrecemos información de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, buscando el más adecuado en cada caso y en función de las necesidades concretas de cada paciente.

Consideramos que la gestión para poder acceder a esta consulta de forma rápida y fácil es fundamental, especialmente para las pacientes con antecedente de uno o mas IVES, porque a pesar de los esfuerzos realizados en los últimos meses reorganizando la consulta y aplicando distintos métodos para reducir la lista de espera, continua existiendo una demora para poder lograr cita en consulta superior a 6 meses.

Por todo lo anteriormente expuesto, hemos decidido realizar este proyecto para facilitar el acceso de a las pacientes que realizan IVE a la consulta de Planificación Familiar.

RESULTADOS ESPERADOS

Proporcionar consejo contraceptivo PRECOZMENTE, a las mujeres con IVE, en una situación especial de vulnerabilidad.

Ofrecer la posibilidad de acceso a un método anticonceptivo de largo plazo (LARC) financiado como los dispositivos intrauterinos, implante o gestágeno inyectable, de forma inmediata una vez realizada la IVE.

Realizar una prevención primaria de los embarazos no deseados para tratar de disminuir las IVES de repetición.

MÉTODO

Facilitar el acceso de las pacientes a las que se ha realizado una IVE a la consulta especializada,COF Planificación Familiar.

Para agilizar el acceso a la consulta se ha diseñado un sistema de citación preferente en la consulta para aquellas pacientes que lo deseen tras la IVE.

Diseño de un modelo de cita preferente (se adjunta el modelo elaborado).

Las pacientes que solicitan IVE son remitidas a atención al paciente donde se les da toda la información del procedimiento.

Para coordinar la citación posterior en la consulta de Planificación Familiar, desde atención al paciente, como parte de la documentación entregada a las pacientes se incluirá el modelo-solicitud de citación preferente elaborado en este proyecto, para poder ser atendidas en un periodo máximo de 15-30 días.

"SOLICITUD DE CITACIÓN: Doña Nombre y Apellidos deberá solicitar citación para ser visitada en la Consulta de Planificación Familiar del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal de manera preferente en el plazo de 15-30 días desde la fecha actual.

El Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal se encuentra en la dirección Paseo María Agustín, 12-14 y el teléfono es 976 69 62 01 de 8:30 11:00 y de 14:00 a 18:00 horas.

Este documento debe llevarlo a la consulta médica.

Servicio de Ginecología"

SOLICITUD DE CITACIÓN

Doña Nombre y Apellidos deberá solicitar citación para ser visitada en la Consulta de Planificación Familiar del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal de manera preferente en el plazo de 15-30 días desde la fecha actual.

El Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal se encuentra en la dirección Paseo María Agustín, 12-14 y el teléfono es 976 69 62 01 de 8:30 11:00 y de 14:00 a 18:00 horas.

Este documento debe llevarlo a la consulta médica.

Servicio de Ginecología

INDICADORES

Para tener más información de las pacientes con IVE se elaborará una base de datos informatizada donde recoger los datos de llegada y evolución posterior de las mismas, así como el método anticonceptivo escogido tras la interrupción:

Nº de pacientes canalizadas mediante el nuevo sistema de citación preferente.

Tiempo transcurrido desde la solicitud de citación hasta llegada a consulta.

Nº de métodos LARC solicitados y aceptados por las pacientes con IVE previo.

Nº de pacientes que realizan más de un IVE.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0973

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

DURACIÓN

Dar comienzo al proyecto desde el 01/11/2016, llevando a cabo un seguimiento del mismo y reevaluación de los datos según las fechas señaladas a los 6 y 12 meses respectivamente.

OBSERVACIONES

En general e independientemente de si el manejo del IVE es médico o quirúrgico, puede iniciarse inmediatamente casi cualquier método anticonceptivo, teniendo en cuenta el perfil de la usuaria o sus limitaciones por la categoría en su indicación.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0974

1. TÍTULO

REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2018

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
ALCAÑIZ SANCHO JUAN JOSE
BAQUEDANO MAINAR LAURA
COTAINA GRACIA LAURA
MORENO URUEÑA ISABEL
ROY RAMOS VIRGINIA
RUIZ SADA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Cambio de agenda

Aumentamos el número de primeras visitas en la agenda de 30 a 50 cada semana

Depuración telefónica de la lista de espera. Para determinar las necesidades de las mujeres incluídas en buzón, para su correcta citación en atención primaria o especializada y para detectar aquellas que no piensan acudir a la cita:

Se contactó con 1972 mujeres que habían solicitado cita desde Noviembre/2015 a Noviembre/2016. Mantuvieron la cita en consulta un 74,55% y salieron un 25,45%. La enfermera de la consulta valoró la demanda y de acuerdo con la usuaria derivó a A.P. a un 18,81% y concluyó que no precisaba consulta de P.F un 6,64% (ya tenían instaurado método anticonceptivo, buscaban gestación, traslado a otra comunidad etc..)

Coordinación con A.P. Con la puesta en marcha del Programa de Anticoncepción de Aragón se delimitaron las competencias de cada uno en materia de salud Sexual y Reproductiva. Desde la consulta se han estrechado los lazos de comunicación con los Centros de Salud (Médicos de A.P y matronas) de varias formas:
Elaboración de informes para derivar las revisiones de AH, DIUS e Implantes de mujeres sin riesgo de manera que disminuya el número de revisiones innecesarias informando correctamente a su médico o matrona de Atención Primaria
Teléfono de contacto de la consulta para la resolución de dudas y derivación preferente de algunos casos

Además se tomaron otras medidas que al inicio no estaban contempladas y que han colaborado en la eliminación de la lista de espera:

Docencia en la consulta a las matronas que lo solicitaron para la inserción o extracción de implantes a las pacientes que ellas habían indicado

Compra de un ecógrafo en Marzo de 2017 que ha permitido convertir a la consulta en una de alta resolución eliminando la carga en el servicio de Radiología y la posterior demora en nuestra consulta para resultados.
Actualización de los protocolos (SEC, SEGO y Programa de Anticoncepción de Aragón) eliminando las revisiones innecesarias

Desde Marzo a Diciembre de 2017 se implementa una consulta de tarde realizando 130 jornadas

En Junio se produce la separación definitiva de los dos sectores cada uno con su población asignada para atender la P.F.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Partíamos de una lista de espera para primera visita de 2200 mujeres en buzón y 500 días de demora. Además habíamos detectado un fallo de asistencia a consulta en primera visita de un 32%

Con la implementación progresiva de las medidas antes mencionadas:
Aumentamos el número de primeras visitas en la agenda. 50 por semana
Tras el cribado telefónico sacamos de la lista de espera un 25,45%
Con las 130 jornadas de tarde se dieron 2895 citas

Con la reordenación de competencias, docencia y comunicación con A.P: Un 25% de las mujeres ya atendidas en consulta son derivadas a A.P. para su posterior control porque no precisan más seguimiento en nuestra consulta
Con la correcta asignación de la población a cada sector un 22% de lo que era la anterior demanda se atiende desde Junio de 2017 en el sector I.

El objetivo principal era la reducción de la lista de espera de Primera Visita en la Consulta de P.F. al menos en un 25% de la que presenta al iniciarse el Proyecto de mejora y la disminución del número de mujeres que no acuden a su cita de "Primera visita".

A día de hoy se ha conseguido eliminar la Lista de Espera. No tenemos mujeres en buzón a la espera de ser

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0974

1. TÍTULO

REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

citadas.
Se cita una primera preferente en 7 días y una primera visita normal en 20 días.
Hemos reducido el fallo de asistencia a consulta de un 32 a un 22%.
Las solicitudes desde los médicos y matronas de A.P. una vez han hecho la formación o la han recibido en su Centro de Salud por sus propios compañeros ha disminuído significativamente. La media de solicitudes ha pasado de 25 a 6 diarias.
Remitimos a consulta de matrona para control a un 25% de las mujeres atendidas tras la inserción del DIU, implante o consejo contraceptivo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La atención a la Salud Sexual y Reproductiva de la población debe ser un pilar básico tanto en Atención Primaria como especializada cumpliendo criterios de equidad y calidad.
Tiene una repercusión directa e inmediata sobre la calidad de vida de las mujeres y sus parejas y a medio y largo plazo debe reflejarse en otros parámetros que se podrán analizar más adelante (disminución de embarazos no deseados, embarazos en adolescentes, interrupciones voluntarias del embarazo)

El desmantelamiento de esta atención básica resultó fácil y rápido, pero su recuperación ha sido laboriosa porque ha requerido el esfuerzo de numerosos profesionales: Subdirección, jefatura de servicio, FEAs y enfermera de atención especializada, médicos y matronas de A.P.

El funcionamiento de la consulta en estos momentos está consolidado, los cauces de comunicación con los profesionales de A. P. bien establecidos y parece adecuada la asistencia con la demanda requerida. Aunque damos por finalizado el proyecto de mejora, si vuelve a producirse aumento de la lista de espera se implementarán medidas que lo solucionen de forma precoz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/974 ===== ***

Nº de registro: 0974

Título
REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

Autores:
YAGÜE MORENO HORTENSIA, SARSA MANRESA MARIA DOLORES, ALCÁÑIZ SANCHO JUAN JOSE, BAQUEDANO MAINAR LAURA, COTAINA GRACIA LAURA, MORENO URUEÑA ISABEL, ROY RAMOS VIRGINIA, RUIZ SADA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Salud Sexual y Reproductiva
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Al hacerse cargo el Servicio de Ginecología de la Consulta de Planificación Familiar en Noviembre de 2015 se estudiaron los datos de demora en Primera Visita y Revisiones resultando inaceptables para una atención de calidad al constatar > 1 año de demora para primera consulta. (2200 mujeres y más de 500 días de lista de espera). La causa fundamental había sido la reducción del número de consultas de Planificación Familiar en los años previos, pasando de tener cuatro consultas en diversos centros del Sector II a una única consulta en el CME Ramón y Cajal. La importancia de dicha consulta es crucial porque se hace cargo de la Planificación Familiar de todo el Sector II y además del Sector I de Zaragoza. La utilidad del Proyecto reside en dar una adecuada atención en materia de Salud Sexual y Reproductiva a la población que la demanda, comenzando por reducir la lista de espera en la Primera Visita.
Se observa además una alta tasa de mujeres que no acuden a su cita (olvido tras un año de la solicitud, anticoncepción ya solucionada, cambio de domicilio etc.), problema al que también se necesita dar solución para un adecuado rendimiento de la consulta.
Con la implantación del Programa de Atención a la Anticoncepción en Aragón, se pretende además, tener una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0974

1. TÍTULO

REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

adecuada comunicación y distribución de las competencias con A. Primaria para una mejor atención a estas usuarias

RESULTADOS ESPERADOS

Reducción de la lista de espera de Primera Visita en la Consulta de P.F. al menos en un 25% de la que presenta al iniciarse el Proyecto de mejora.
Disminución del número de mujeres que no acuden a su cita de "Primera visita"

MÉTODO

Cambio en la citación de la agenda: Aumento del número de primeras visitas

Depuración de la lista de espera a través de llamada telefónica:

Determinar las necesidades de las mujeres en la lista para su correcta citación en atención primaria o especializada.

Detección de las mujeres que no piensan acudir a la cita para sacarlas de la lista de espera.

Elaboración de informes para derivar a Atención Primaria las revisiones de AH, DIUs e Implantes de mujeres sin riesgo de manera que disminuya el número de revisiones innecesarias informando correctamente a su médico o matrona.

INDICADORES

Reducción de la Lista de Espera de primera visita

Reducción del número de fallos en acudir a primera visita en consulta

Número de mujeres derivadas a consulta de Atención Primaria

DURACIÓN

Inicio Noviembre de 2016

Cribado telefónico de la lista de espera

Elaboración de modelo de informes para derivación-información a Atención Primaria

Elaboración de estadística de la consulta para evaluar los datos de:

 Evolución de la lista de espera

 Evolución de las ausencias en la asistencia a primera visita

 Derivación a A. Primaria

Fin Noviembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0992

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR

Fecha de entrada: 12/04/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL RUIZ 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.
BOLEA TOBAJAS RAUL
LANZON LAGA ALBERTO
GONZALEZ RAMOS PEDRO
MOROLLON LORIZ ISABEL
JOSE GUTIERREZ YASMINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha del proyecto se han creado grupos de trabajo tutorizados por el personal del Servicio con más experiencia en cirugía laparoscópica a los que han tenido acceso todo el personal del Servicio que realiza este tipo de cirugía.
Se han creado una serie de ejercicios con complejidad progresiva que se llevan a cabo con el pelvitainer del Servicio para realizar las prácticas sin el posible perjuicio de las pacientes.
También se han realizado sesiones teóricas para refrescar la información en relación con las fuentes de energía en cirugía laparoscópica, las principales complicaciones que pueden surgir y como actuar si se presenta alguna de ellas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido que todo el personal implicado acuda a estas sesiones realizando los ejercicios programados y asistiendo a las sesiones teóricas.
Durante los ejercicios hemos podido mejorar la técnica quirúrgica de los facultativos y las habilidades en el simulador, mejorando la destreza de los mismos para cuando tengan que realizar cirugías laparoscópicas en las pacientes reales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La práctica regular en el simulador ha demostrado ser eficaz para mejorar las habilidades del personal del Servicio en laparoscopia. Mejorando la destreza quirúrgica de los facultativos y su seguridad a la hora de realizar estas cirugías.
Durante la puesta en marcha del proyecto hemos detectado una disminución de las complicaciones quirúrgicas, que ya venían siendo muy bajas, así como también de los tiempos quirúrgicos con la disminución del riesgo de infección que esto conlleva.
Todos los facultativos implicados se han mostrado muy colaboradores con la iniciativa y han aportado ideas con la finalidad de mejorarla.

Creemos que todo especialista debe realizar de forma periódica formación continuada para estar al día de los avances en las técnicas quirúrgicas laparoscópicas y no perder destreza ni habilidades en las mismas.
Todo ello contribuye a poder ofertar una mejor atención a nuestras pacientes y mejorar nuestra calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

Inicialmente el Coordinador del Proyecto era Pablo Tobías González, que ha sido sustituido por Miguel Ángel Ruiz Conde por no trabajar ya en este centro el primer facultativo.

Previamente a la realización de este cambio se ha consultado a UCA y recibido la aprobación del cambio por parte de Servicios Centrales.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/992 ===== ***

Nº de registro: 0992

Título
FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR

Autores:
TOBIAS GONZALEZ PABLO, BARRAS BERMEJO SILVIA, BOLEA TOBAJAS RAUL, LANZON LAGA ALBERTO, GONZALEZ RAMOS PEDRO, MOROLLON LORIZ ISABEL, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0992

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existe actualmente una formación reglada en el servicio de Ginecología y Obstetricia en cirugía laparoscópica. Asociaciones internacionales recomiendan la capacitación progresiva y mantenimiento de habilidades mediante ejercicios en simulador.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las habilidades del personal del servicio (facultativos y residentes) que no realiza de forma habitual cirugía laparoscópica.
Disminuir con ello los tiempos quirúrgicos y la incidencia de complicaciones.

MÉTODO

Creación de grupos de trabajo tutorizados por personal del servicio con experiencia acreditada en cirugía laparoscópica.
Permitir la realización de los ejercicios de forma periódica a todo el personal del servicio.
Realización de ejercicios siguiendo las recomendaciones de sociedades internacionales (ESGE...) de forma progresiva por niveles.

INDICADORES

Medición y comparación de los siguientes indicadores:
- Cumplimiento de los ejercicios por parte del personal del servicio.
- Tiempo y errores a lo largo del tiempo en la realización de los ejercicios por parte del personal.
- Tiempos quirúrgicos de las cirugías laparoscópicas no oncológicas (quistectomías, anexectomías...)
- Tasa de lesiones y complicaciones intraoperatorias (lesiones vasculares, uretrales e intestinales) e las cirugías laparoscópicas no oncológicas.

DURACIÓN

Iniciación antes de fin de año de los ejercicios, a ser posible 1 de noviembre.
Programación de manera que todo miembro del servicio pueda acudir una vez por mes.
Continuidad indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1021

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

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.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

.Preparación de los formularios necesarios para llevar a cabo la actividad: encuesta de satisfacción sexual PISQ-12.
.Identificación de las pacientes candidatas a cirugía pélvica a las que planteamos la realización de la encuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las pacientes se han mostrado reacias a la realización de la encuesta planteada.
Solo en un 5 % de los casos hemos conseguido una respuesta aceptable y positiva. En cualquier caso insuficientes para establecer ninguna conclusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La lección es clara: en los casos en los que queramos recabar información que conlleva una exploración de lo que podemos considerar como área de intimidad de la paciente necesitamos más tiempo para plantear el estudio/actividad a la paciente a fin de hacerles ver la pertinencia y la rentabilidad del estudio.

Igualmente se necesitaría otro medio distinto al de consulta donde apremia el tiempo de atención, y puede cohibir a la paciente la presencia de especialista, enfermera, auxiliar, residente, estudiante,... a la hora de responder a temas de una naturaleza tan íntima y personal.

No obstante la experiencia ha sido positiva de cara a plantear este estudio en un futuro, conociendo las expectativas actuales de las pacientes, mediante otro planteamiento.

El tema es de una actualidad incontestable, la CALIDAD DE VIDA QUE INVARIABLEMENTE SE PUEDE VER AFECTADA POR LA CALIDAD DE VIDA SEXUAL, CADA VEZ MÁS ESTÁ EN EL OBJETIVO DE LAS PACIENTES, POR LO QUE DEBE ESTAR TAMBIÉN PRESENTE EN NUESTROS OBJETIVOS DE ASISTENCIA.

Se trata de un tema que incluso ha formado parte de tesis doctorales en otros ámbitos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1021 ===== ***

Nº de registro: 1021

Título
IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA

Autores:
RODRIGO CONDE CESAR, PUIG FERRER FERNANDO, HORNO OCTAVIO MARIANO, DE PABLO SORIANO DANIEL, DEL TIEMPO MARQUES PILAR, ALCÁÑIZ SANCHO JUAN JOSE, MARIN JIMENEZ NURIA ESTHER, BARRAS BERMEJO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1021

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

LA PATOLOGIA DEL SUELO PÉLVICO, INCLUYENDO PROLAPSO E INCONTINENCIA URINARIA ES UNA PATOLOGÍA MUY PREVALENTE EN NUESTRO MEDIO, PUDIENDO LLEGAR A AFECTAR A UN TERCIO DE LAS MUJERES EN ALGÚN MOMENTO DETERMINADO DE SU VIDA. ESTA PATOLOGIA SUPONE UNA IMPORTANTE MERMA EN LA CALIDAD DE VIDA, PUDIENDO CAUSAR ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS, ASI COMO INTERFERIR CON LA ACTIVIDAD DIARIA INCLUYENDO LA CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO FISICO, SOCIAL Y SEXUAL. EN LA EVALUACION CLINICA DE LAS PACIENTES REMITIDAS A LA CONSULTA DE SUELO PELVICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA SI SON SEXUALMENTE ACTIVAS, SINO LO SON DEBEREMOS INVESTIGAR SI LA INACTIVIDAD SEXUAL PUEDE ESTAR RELACIONADA CON SU PROBLEMA DE SUELO PELVICO. ASI MISMO CUANDO VALOREMOS LOS RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS, DEBEMOS TENER EN CUENTA Y DEBEMOS EVALUAR EL PUNTO DE VISTA DE LA PACIENTE EN CUANTO AL IMPACTO EN SU CALIDAD DE VIDA DEBIDO AL TRATAMIENTO APLICADO Y SU RELACION CON LOS CAMBIOS EN LOS SINTOMAS URINARIOS, ANORECTALES Y SEXUALES. POR ESTE MOTIVO ES NECESARIO PODER DISPONER Y PODER APLICAR CUESTIONARIOS ADECUADAMENTE VALIDADOS SIGUIENDO UNA TECNICA ESTANDARIZADA.

RESULTADOS ESPERADOS

NUESTRO OBJETIVO ES APLICAR UN CUESTIONARIO VALIDADO TANTO EN LA EVALUACION INICIAL DE LAS PACIENTES QUE VAN A PRECISAR UN TRATAMIENTO QUIRURGICO POR PROLAPSO GENITAL O POR INCONTINENCIA URINARIA, COMO EN LA EVALUACION DE LOS RESULTADOS DE ESTAS PACIENTES, UNA VEZ INTERVENIDAS. NUESTRO PRINCIPAL OBJETIVO ES CONOCER (SIEMPRE QUE LA PACIENTE ASÍ LO DESEE), LA FUNCION SEXUAL ANTES Y DESPUES DE LA REPARACION QUIRURGICA DEL PROLAPSO GENITAL Y/O DE LA REPARACION QUIRURGICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MEDIANTE BANDA SUBURETRAL TRANSOBTURADORA

MÉTODO

EL METODO VA A CONSISTIR EN LA APLICACION DE UNA ENCUESTA VALIDADA PARA EL ESTUDIO DE LA FUNCION SEXUAL: EL PISQ-12.

OFRECEREMOS LA APLICACION DE DICHA ENCUESTA A LAS PACIENTES EN LA CONSULTA EN LA QUE DECIDIMOS QUE DICHA PACIENTE REQUIERE UN TRATAMIENTO QUIRURGICO, BIEN POR PROLAPSO GENITAL (DEL COMPARTIMENTO QUE SEA), BIEN POR INCONTINENCIA URINARIA.

ESTA CONSULTA ES LA CONSULTA NUMERO 8 DE LOS MIERCOLES, DONDE SON CITADAS LAS PACIENTES CON PATOLOGIA DE SUELO PELVICO.

INDICADORES

INDICADOR PRINCIPAL: NUMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS / NUMERO DE PACIENTES INTERVENIDAS POR LA PATOLOGIA REFERIDA DE SUELO PELVICO. NOS VA A INDICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA MEDIDA. DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS EXCLUIREMOS A AQUELLAS QUE NO QUIEREN REALIZAR LA ENCUESTA.

INDICADOR SECUNDARIO: NÚMERO DE PACIENTES QUE RECHAZAN LA REALIZACION DE LA ENCUESTA/ NUMERO DE PACIENTES A LAS QUE SE LA OFRECE: NOS PUEDE INDICAR LA PERTINENCIA Y LA ACEPTABILIDAD DE LA PRUEBA POR PARTE DE NUESTRO GRUPO DE PACIENTES

DURACIÓN

INCIO EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2016.

PRIMERA EVALUACION: A LOS 6 MESES DEL INCIO: DONDE VALORAREMOS LA PERTINENCIA DE LA ENCUESTA, LA ACEPTACIÓN POR PARTE DE LAS PACIENTES Y LA INFORMACIÓN DESPRENDIDA DE LA MISMA.

SI LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION SON SATISFACTORIOS CONTINUARIAMOS CON LA RECOGIDA DE DATOS DE LA ENCUESTA MINIMO UN AÑO CON EL FIN DE PODER PUBLICAR RESULTADOS

OBSERVACIONES

SERIA MUY INTERESANTE PODER DISPONER DE APOYO INFORMATICO (ORDENADOR PERSONAL O NOTEBOOK) CON EL FIN DE AGILIZAR LA RECOGIDA DE LOS DATOS EN LA CONSULTA. A FECHA ACTUAL NO HAY NINGUN DISPOSITIVO DE ESTAS CARACTERISTICAS EN NUESTRO SERVICIO DE GINECOLOGIA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1022

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DESALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL VICENTE GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ADIEGO CALVO IGNACIO
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO
RUBIO CUESTA PATRICIA
MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN
ARTAL TEJEDOR ELENA
FERRANDO VIÑOLA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se contactó con la Asociación AMAC-GEMA con el fin de elaborar un documento informativo, consensado, para introducir en el consentimiento informado y que así las pacientes conocieran la naturaleza de la visita y la asociación.
- Se realizó, tras esto, documento informado para visita de las voluntarias de la Asociación AMAC-GEMA.
- Se consensó con el personal de Enfermería la entrega y recogida, así como la cuantificación de esas labores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Ninguna paciente es actualmente visitada por las voluntarias de AMAC-GEMA sin el consentimiento previo, informado y por escrito.
- El numero de consentimientos entregados es cercano al 100%. Se ha conseguido con un doble recordatorio, el del personal de enfermería hacia la paciente y el recuerdo de las voluntarias hacia las enfermeras de si habían entregado el consentimiento.
- El nº de visitas autorizadas se sitúa en alrededor del 74%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debemos de tener en cuenta que aunque en nuestra opinión o creencia pueden ser claramente beneficiosas para la paciente, están deben ser aceptadas por la paciente, aunque estén llevadas a cabo con la mejor intención y con la vocación altruista de las voluntarias.

Además, dando a conocer la asociación con más calma, hemos favorecido que para aquella paciente interesada será un espacio francamente provechoso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1022 ===== ***

Nº de registro: 1022

Título
ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DE SALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autores:
VICENTE GOMEZ ISABEL, ADIEGO CALVO IGNACIO, VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER, COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO, RUBIO CUESTA PATRICIA, MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN, ARTAL TEJEDOR ELENA, FERRANDO VIÑOLA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1022

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DESALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Confidencialidad, intimidad

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Asociación de Mujeres Aragonesas de Cáncer Genital y de Mama (AMACGEMA) nace en 1994 con el objetivo de ofrecer espacio de apoyo y una atención biopsicosocial a la mujer afectada por dicha patología.

VOLUNTARIADO HOSPITAL "AMACGEMA"

Dirigido a mujeres recién intervenidas de cáncer de mama en Zaragoza. La función que se desarrolla es la de crear un espacio de identificación de la mujer intervenida con otra que ya ha superado la enfermedad. En dicha visita, la voluntaria hace entrega un sujetador adaptado y una "Almohada de corazón" que sirve de apoyo para descansar el brazo tras haber sufrido una extirpación ganglionar. Por otro lado, en la Ley 6/2002 de Salud de Aragón, en su capítulo II (Del derecho a la intimidad y a la confidencialidad), se recoge lo siguiente:

- Artículo 11.

1. Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a su salud. Igualmente tiene derecho a que nadie que no se encuentre autorizado pueda acceder a ellos si no es al amparo de la legislación vigente.

3. Toda persona tiene derecho a preservar la intimidad del cuerpo con respecto a otras personas ajenas a los profesionales sanitarios.

4. Los centros asistenciales deben adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a los que se refieren los apartados anteriores (...)

En el capítulo III

- Artículo 12.

1. Cualquier intervención que se produzca en el ámbito de la salud requiere el consentimiento específico y libre de la persona afectada (...)

2. Se efectuará un consentimiento informado para cada supuesto (...)

Por lo tanto, siendo conscientes de la labor inestimable de la asociación, creemos que esta visita hospitalaria debe estar regulada dentro de la legislación vigente y creemos necesaria la instauración de un consentimiento informado específico, por escrito, para la visita de estas voluntarias.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es adecuar las visitas de las voluntarias de AMAC-GEMA a la legalidad vigente con la elaboración de consentimiento informado. Mejorar la información aportada a las pacientes con respecto a la asociación AMACGEMA. Cuantificación del efecto/beneficio de la visita en la paciente. Cuantificación de las pacientes que aceptan la visita

MÉTODO

Elaboración de documento de consentimiento informado (Vicente-Adiego).

Elaboración (Villalobos-Adiego) de encuesta de satisfacción para poder cuantificar el impacto en la paciente y familia de la información recibida y de la intervención (visita realizada). La nota de los apartados irá codificada entre 1 a 10 donde 10 es "completamente satisfecho" y 0 "nada satisfecho".

Recogida de Consentimientos informados y encuestas (Elena Artal y Silvia Ferrando)

Monitorización de cumplimiento de visitas tras firma de consentimiento informado (Artal-Ferrando).

Indicador de cobertura/aceptación (Rubio)

Procesado de datos (Colmenarejo)

Contacto con la Asociación AMAC-GEMA (Marcuello)

INDICADORES

Antes de la visita de la voluntaria, el personal se cerciorará de que la paciente haya firmado el consentimiento informado. Se cuantificará a cuantas pacientes se les había entregado el documento.

Tasa de aceptación: no consentimientos favorable a la visita / total de consentimientos entregados.

Tasa de consentimiento informados dados previos al ingreso hospitalario: no de consentimientos en consulta preoperatoria/no total de consentimientos

Grado de satisfacción: En una escala de satisfacción de 1 a 10, numérica, consideramos aceptable una puntuación mayor de 6 como punto de partida para nuestro proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1022

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DESALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DURACIÓN

Octubre de 2016. Reunión para valorar los puntos a tener en cuenta al elaborar el consentimiento y ealización del documento.

2 de Noviembre: Inicio de entrega.

1 Diciembre: primera evaluación de resultados: evaluación del no de consentimientos entregados y pacientes que aceptan la visita..

A los 6 meses, reevaluación de los parámetros de satisfacción y cobertura.

Al año, promover la puesta en marcha de estudio/publicación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1025

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE VANESSA TEBAN PONCE
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LUQUE CARRO RAQUEL
CHECA DIEZ MARIA ANGELES
SUBIRON VALERA ANA BELEN
FERRER ALCON PATRICIA
CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA
PEREZ SORBE CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con este proyecto nos planteamos mejorar la información que tienen las gestantes que desean un plan de parto para que puedan tomar una decisión bien informada de las distintas opciones posibles, fomentar su empoderamiento respecto a su propio proceso de parto y acercarlas a la realidad del hospital para así ajustar sus expectativas, así como crear un vínculo con el hospital para que aumente su confianza. Todo esto contribuye a un mejor resultado en el proceso asistencial en un momento tan importante como es el nacimiento de un hijo.

Comenzamos realizando un circuito de nexo de unión entre las matronas de los centros de salud de nuestro sector y las matronas del hospital para que informaran a las gestantes de las reuniones que se realizan, y éstas se pusieran en contacto con nosotras a través de un correo electrónico.

Por otro lado, informamos a las matronas y otros profesionales de nuestro hospital de la realización periódica de las reuniones.

Creamos también una encuesta inicial para las gestantes que acuden a las reuniones, así como dos evaluaciones, una postcharla, para evaluar la satisfacción de las gestantes, y otra postparto para valorar la satisfacción durante el proceso de parto, y poder hacer un feedback para realizar mejoras en la continuación del proyecto, tal y como hemos hecho hasta ahora.

Hemos realizado charlas periódicas en grupos reducidos de gestantes y sus parejas, con periodicidad mensual, para las que hemos elaborado una presentación con información y fotos que ayuda en la exposición de la información.

Por otro lado, valoramos la búsqueda de alternativas para facilitar un entorno amigable para los partos de bajo riesgo en los que las mujeres acuden con un plan de parto para facilitar el cumplimiento de las expectativas de su proceso de parto, tal y como se refleja en la "Estrategia de atención al parto normal" del Ministerio de Sanidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un indicador para evaluar la puesta en marcha del proyecto y su impacto han sido las sesiones realizadas, la duración, y la media de mujeres y acompañantes que han acudido.

Hemos realizado 8 sesiones (objetivo cumplido) con una media de 2 horas y cuarto de duración.

Han acudido en total 110 mujeres, un tercio de ellas con acompañante, con una media de 13-14 gestantes por sesión.

Como indicadores para evaluar la satisfacción de las gestantes hemos realizado una encuesta postcharla y otra postparto.

Las encuestas postcharla han sido contestadas por el 100 % de las gestantes, y nos han reflejado muy buenos resultados, y por tanto el cumplimiento de los indicadores propuestos en el proyecto.

Todavía estamos en proceso de analizar los datos de las encuestas postparto, para valorar la satisfacción en su proceso de parto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Respecto a las reuniones periódicas, estamos satisfechas con el nuevo funcionamiento, ya que en grupos se genera más intercambio de información entre las gestantes, más aportaciones de gestantes que ya han pasado por un proceso de parto y más debate, lo que genera más riqueza para las gestantes y para las matronas.

También estamos satisfechas con la participación de las gestantes y sus parejas, aunque debido al aumento de demanda respecto a los planes de parto, ha habido una gran asistencia a las reuniones respecto a nuestra propuesta inicial de grupos de 4-5 parejas.

El circuito de derivación desde primaria también ha funcionado bien, ya que una matrona de primaria del sector I ha participado en el proyecto, y ha sido el nexo de unión para información al resto de compañeras del sector, lo que facilita que la información llegue a las gestantes.

De todas formas, todavía nos falta tener más vínculo con matronas del sector II y mejorar el nexo de unión entre primaria y hospital para una comunicación más fluida.

La evaluación nos sirve como devolución de las gestantes para evaluar su satisfacción y nos permite realizar mejoras, y también exponer su satisfacción al resto de profesionales.

Respecto a la búsqueda de un espacio más amigable, que es una solicitud que hemos detectado en evaluaciones anteriores de este proyecto, es un objetivo que no hemos podido alcanzar en la actualidad, dado que la infraestructura, el funcionamiento y los protocolos del servicio impiden avances en este tema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1025

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1025 ===== ***

Nº de registro: 1025

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

Autores:
TEBAN PONCE MARIA VANESSA, LUQUE CARRO RAQUEL, CHECA DIEZ MARIA ANGELES, SUBIRON VALERA ANA BELEN, FERRER ALCON PATRICIA, CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA, PEREZ SORBE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En las recomendaciones de la "estrategia para la salud sexual y reproductiva" se aconseja a las mujeres que elaboren un plan de parto para poder reflexionar acerca de sus deseos y expectativas del parto, aumentar su información acerca de las diferentes opciones y así conseguir el empoderamiento de la mujer y su satisfacción con el parto. La estrategia también aconseja que sea realizado conjuntamente con su matrona de atención primaria. Sin embargo, en nuestra practica diaria nos encontramos con mujeres que acuden con expectativas irreales en su plan de parto, aconsejadas por personal no sanitario, y con un sentimiento de hostilidad hacia el personal hospitalario. En proyectos anteriores, citábamos a las parejas individualmente, sin embargo nos parecía que se podrían beneficiar de la interacción entre otras parejas similiares, informando a las parejas de la realidad del servicio de paritorios del hospital Miguel Servet, creando un vinculo previo al dia del parto con el hospital, aumentando la confianza y la información, mejorando la calidad asistencial y un mejor resultado de un proceso asistencial tan importante. En años anteriores hemos comprobado un aumento de la demanda, atendiendose de 2013 al 2015 134 familias. En las evaluaciones realizadas en años anteriores las parejas nos reflejaban la ausencia de una estructura o espacio especifico donde disfrutar su parto de bajo riesgo y poder adoptar medidas antialgicas en intimidad, como darse una ducha caliente o disponer de un entorno amigable para poder adoptar distintas posiciones como se refleja en la arquitectura integral de maternidades editada por el ministerio de Sanidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la sensación de seguridad de la gestante ante su parto.
Mejorar la satisfacción global de la gestante y su familia durante su estancia en nuestra unidad.
Fomentar el empoderamiento de la mujer en su propio proceso de parto.
Ajustar las expectativas de la gestante a la realidad del servicio de paritorios.
Aumentar la información de la gestante acerca de las distintas opciones para que puedan tomar decisiones adecuadamente.

MÉTODO

Informar a las matronas de atención primaria de las reuniones y del circuito de acogida. M Angeles Checa
Creación de un circuito de derivación, donde las mujeres se puedan poner en contacto con nosotras y les informemos de las reuniones Raquel Luque, Ana Subirón y Vanesan Tebán
Creación de una hoja de evaluación Patricia Ferrer y Javier Gallego
Busqueda de un espacio donde llevar a cabo las reuniones: Cristina Perez y Patricia Cebrián.
Busqueda Alternativas para facilitar un entorno amigable con el parto de bajo riesgo Todos
Realización de una reunión de periodicidad variable con un grupo de parejas 4 o 5, para resolver dudas conjuntas del plan de parto, revisar planes de parto particulares, explicar protocolos y estructura del centro. Todas.

INDICADORES

Realización de al menos 8 reuniones anuales.
Creación de una encuesta que se pasará al finalizar las reuniones para valorar la satisfacción de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1025

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

usuarias.

DURACIÓN

Creación del circuito de derivación de las usuarias octubre 2016.
Encontrar un espacio donde realizar los encuentros, octubre 2016
Creación de una hoja de evaluación de las reuniones noviembre 2016
Información de las matronas de atención primaria en la reunión noviembre 2016
Inicio de las reuniones diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1406

1. TÍTULO

PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO SANCHEZ PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IDOIPE CORTA MIRIAN
SATUE PALACIAN MARIA
MATEO OROBIA ANTONIO
LOPEZ VALVERDE GLORIA
PABLO JULVEZ LUIS EMILIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Entre profesionales e instituciones implicadas (Servicio de Oftalmología, Coordinador de trasplantes del Hospital Miguel Servet, Coordinador de trasplantes de la Comunidad Autónoma de Aragón, Dirección del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón. Establecen las necesidades, objetivos y plan de trabajo.
-Aplicación en nuestro hospital de las directrices establecidas en el Plan Nacional de Córneas 2016.
-Establecimiento de un sistema de detección de donante de cornea en unidades de hospitalización.
-Acciones de comunicación: sesiones clínicas de información y sensibilización a los profesionales implicados.
Curso de la ONT: el Papel de los Bancos de Ojos; en el Programa de Autosuficiencia de Córneas en España. Zaragoza, 8-9 de Marzo de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Un incremento en el año 2017 del 30% en el número de donantes de córnea con respecto a los realizados en el año anterior.
-Un incremento en el año 2017 del 25% en el número de pacientes sometidos a trasplante de córnea en relación a los realizados en el año anterior. Datos que pueden comprobarse en la memoria de tejidos de la Organización Nacional de Trasplantes.
-En fecha final del 2017 con respecto al año anterior se observa una reducción de las lista de espera de queratoplastia. Previamente durante los últimos cinco años la tendencia ha sido al incremento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos muy satisfechos con los resultados obtenidos, tanto por el incremento de actividad en la donación de corneas, en la actividad quirúrgica, como la reducción de las listas de espera.
-Es fundamental la implicación entre los profesionales implicados y mantener comunicación permanente.
-El margen de mejora es todavía importante, la donación y actividad quirúrgica aun debe ser mayor porque el tiempo de espera y numero de pacientes en lista de espera aún debe disminuir más.
-El margen de mejora también es importante en relación a elaboración de protocolos de actuación conjunta entre el hospital y el banco de tejidos.
-La sostenibilidad del proceso debe garantizarse porque la demanda sanitaria de este tipo de procedimientos es cada día mayor.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1406 ===== ***

Nº de registro: 1406

Título
PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

Autores:
SANCHEZ PEREZ ANTONIO, IDOIPE CORTA MIRIAN, SATUE PALACIAN MARIA, MATEO OROBIA ANTONIO, LOPEZ VALVERDE GLORIA,
PABLO JULVEZ LUIS EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1406

1. TÍTULO

PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Necesidades detectadas:

El número de pacientes que se someten a un trasplante de córnea en nuestra Comunidad Autónoma ha ido en aumento. A pesar del esfuerzo realizado en formación, actualización de procedimientos y asistencia clínica, este incremento en el número de queratoplastias no ha ido acompañado de una disminución en las listas de espera quirúrgica, sino de todo lo contrario. Un alargamiento de los tiempos de espera que a principios de este año 2017, era de más de 12 meses. Plazos que no consideramos aceptables.

-Causas:

La incorporación en la cartera de servicios de las nuevas técnicas de queratoplastia lamelar (endotelial y lamelar anterior) con resultados anatómicos y funcionales superiores. Se ha producido un aumento de las indicaciones de los médicos oftalmólogos y de la demanda de la población. La disposición asistencial por parte del Servicio es máxima. Pero existe un claro factor limitante, la falta de disponibilidad de tejido corneal.

RESULTADOS ESPERADOS

- La finalidad del plan no es alcanzar un número determinado de donaciones de córneas o de implantes, sino conseguir la autosuficiencia de córneas.
- Homogeneización de los procedimientos.
- La autosuficiencia, conlleva una disminución del tiempo de listas de espera, mediante la programación sistemática de queratoplastias cada semana.
- La homogeneización conlleva un mantenimiento y mejora de la calidad del proceso.

MÉTODO

Acciones previstas para lograr los objetivos.

1. Promoción de la donación de córneas, tanto a nivel de la población general y de los profesionales sanitarios. ?
2. Promoción donación de córneas a nivel interno del Hospital.
La detección de posibles donantes procedentes de las plantas de hospitalización.
Determinar la Planta o Unidad Hospitalaria más adecuada para la detección del donante cadáver (Muerte cerebral / Asistolia)
3. Formación para detectar causas de exclusión generales o específicas del tejido corneal ?
Formación y sensibilización de los equipos extractores.
La extracción será llevada a cabo por personal entrenado para ello (Residente de Oftalmología)
4. Elaboración de protocolos conjuntos.
5. Mejoras en el circuito de comunicación Hospital-Banco de tejidos de referencia.
6. Optimización de listas de espera: según prioridad y técnica.

INDICADORES

Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados:

- % pacientes intervenidos en menos de 6 meses LE
- % pacientes intervenidos en menos de 4 meses LE
- % paciente documentos completos
- % pacientes cornea utilizada sin defectos
- (nºinjertos donantes/ nº queratoplastias realizadas sin complicaciones propias del injerto)

DURACIÓN

Duración proyecto: 2 años.
Inicio proyecto: Mayo 2017.
Reuniones coordinación trasplantes + elaboración de protocolos y documentos: 3 meses.
Mirian Idoipe Corta, Maria Satué Palacián,
Formación personal: 3 meses.
Gloria López Valverde. Antonio Sánchez Pérez.
Inicio del programa continuado de cirugía de queratoplastias:
2 queratoplastias x semana x 18 meses = 144 procesos.
Mirian Idoipe Corta, Maria Satué Palacián, Antonio Mateo Orobia, Gloria López Valverde. Antonio Sánchez Pérez.
Evaluación proyecto: 4-6 meses.
Mirian Idoipe Corta, Maria Satué Palacián. Antonio Sánchez Pérez.
Fin proyecto: Mayo 2019

OBSERVACIONES

Destacar el alto valor intrínseco que dentro de la organización tiene el trasplante de córnea. Supone para muchos pacientes la última opción terapéutica en su posible recuperación visual. Incluye como en todos los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1406

1. TÍTULO

PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

trasplantes un acto generoso de donación desinteresada que no se puede cuantificar. Es un proceso de alto coste y que necesita equipos con experiencia para obtener buenos resultados. Finalmente recordar que involucra numerosos profesionales y de diferentes instituciones (Banco de Tejidos, Coordinadores Hospitalarios de Trasplantes y Servicio de Oftalmología).

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1407

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANTIAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DECATARATA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ ABADIA ALVAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ PEREZ ANTONIO
LARROSA POVES JOSE MANUEL
IDOIPE CORTA MIRIAN
SATUE PALACIAN MARIA
MATEO OROBIA ANTONIO
PABLO JULVEZ LUIS EMILIO
LOPEZ VALVERDE GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNION CON ANESTESIA PARA PROTOCOLIZAR EL MANEJO DE ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES EN EL PERIOPERATORIO DE CIRUGIA DE CATARATA
REDACCION DEL PROTOCOLO DE CONSENSO PARA EL MANEJO DE ESTOS FARMACOS
INSTAURACION DEL PROTOCOLO EN CIRUGIA SIN INGRESO
EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO
RECOGIDA DE DATOS DE COMPLICACIONES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE PROCEDIO A ACEPTAR LA NO RETIRADA DE LA ANTIAGREGACION NI ANTICOAGULACION EN NINGUN PACIENTE PREVIO A LA CIRUGIA DE CATARATA BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA ACTUAL
NO HA APARECIDO NINGUNA HEMORRAGIA EXPULSIVA NI COROIDEA DURANTE MAS DE 2000 CIRUGIAS
EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO HA SIDO DEL 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DEBIDO AL BAJO RIESGO DE SANGRADO Y SIGUIENDO LA EVIDENCIA CIENTIFICA ACTUAL, NO SE RECOMIENDA LA RETIRADA DE LOS FARMACOS ANTIAGREGANTES NI ANTICOAGULANTES PREVIOS A LA CIRUGIA DE CATARATA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1407 ===== ***

Nº de registro: 1407

Título
PROTOCOLO DE ANTIAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
ABADIA ALVAREZ BEATRIZ, SANCHEZ PEREZ ANTONIO, LARROSA POVES JOSE MANUEL, IDOIPE CORTA MIRIAN, SATUE PALACIAN MARIA, MATEO OROBIA ANTONIO, PABLO JULVEZ LUIS EMILIO, LOPEZ VALVERDE GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- Muchos enfermos sometidos a cirugía ocular usan anticoagulantes y/o antiagregantes para disminuir el riesgo de sucesos aterotrombóticos tromboembólicos especialmente aquellos con FA, IAM y el ACV.
- 28% AAS, 2% clopidogrel y >5% anticoagulantes.
- Cuando se retiran no hay que pensar sólo en que no existe el efecto del fármaco sino que además existe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1407

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANTIAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DECATARATA

mayor reactivación plaquetaria y trombótica (efecto rebote), además de efectos proinflamatorios y protrombóticos de la cirugía.

- El impacto económico de la sustitución del tratamiento también ha de ser tenido en cuenta

RESULTADOS ESPERADOS

Racionalizar y estandarizar el protocolo de antiagregación y anticoagulación en cirugía oftalmológica

MÉTODO

Cambio en el protocolo de manejo de antiagregantes / anticoagulantes en el perioperatorio de cirugía oftalmológica

Organización comité intersección / reunión con anestesia / redacción protocolo / puesta en marcha

INDICADORES

Porcentaje de pacientes con terapia sustitutiva

Porcentaje de cumplimiento.

Porcentaje de pacientes sin complicaciones hemorrágicas oculares.

Porcentaje de pacientes sin complicaciones sistémicas hemorrágicas asociadas.

DURACIÓN

Inicio junio 2017 comité Servicio

Fin Diciembre 2017

Plan comunicación página web / mailing Servicios de oftalmología y anestesia

OBSERVACIONES

Recordar que el proceso quirúrgico más frecuente en nuestro entorno y con excelentes resultados funcionales es la cirugía de catarata.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0054

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 03/04/2018

2. RESPONSABLE ANGEL ARTAL CORTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se presentó para solicitar una ayuda económica para contratar un sistema de dictado de informes clínicos. Entre las características de este sistema destacan que es "on-line" y que puede ser personalizable para cada servicio e incluso para cada usuario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al no disponer de financiación el proyecto no se ha realizado. No obstante y de forma personal he contratado el servicio y he comenzado a utilizarlo como prueba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La tarea de dictar informes requiere cada vez más tiempo: realización de informes clínicos, solicitud por parte de los pacientes de informes múltiples y reiterados -incapacidad, minusvalía, segundas opiniones, seguros,...-, incorporación progresiva de la historia clínica electrónica) y el personal médico carece de apoyo (personal administrativo) para realizarlo.

Por esto los sistemas informatizados de dictado suponen un avance importante, son muy eficientes en lo que se refiere a la utilización de recursos y su uso se está generalizando. Ya es habitual en servicios centrales como Anatomía patológica o Radiodiagnóstico.

El sistema ensayado no es perfecto, tiene deficiencias en el reconocimiento de algunas palabras y algunas de las características que describe no funcionan adecuadamente.

A pesar de ello considero que es necesario seguir trabajando en ese campo para optimizar el tiempo de los médicos, en este caso del Servicio de Oncología Médica y perseverar en la solicitud de financiación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/54 ===== ***

Nº de registro: 0054

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
ARTAL CORTES ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actividad de la práctica médica asistencial requiere cada vez más la cumplimentación de informes y de formularios electrónicos. Ello redundará en una mayor calidad de la atención por el registro más fidedigno de la información y por su mayor accesibilidad a través de la intranet. Ambas actividades de requieren mucho tiempo y precisan un manejo ágil del teclado del ordenador. Derecho en nuestro servicio la demora en la realización de informes no impere no urgentes (por ejemplo informes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0054

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

éxitus o solicitudes de informes de incapacidad) tiene un retraso considerable.

RESULTADOS ESPERADOS

La posibilidad de utilizar un sistema de reconocimiento de voz para agilizar este proceso permitiría reducir el tiempo que se le dedica y utilizarlo la atención directa de los pacientes.

El proyecto incluiría la implementación de uno de estos sistemas dentro del servicio. Debería ser utilizado tanto en los pacientes hospitalizados como en los atendidos en la consulta de hospital de día y en la consulta externa.

MÉTODO

Es posible, al igual que existe en otros servicios centrales, que poner en marcha un sistema de reconocimiento de voz basado en la web de forma que permita el dictado de informes.

Todos los médicos del servicio tanto de plantilla como residentes podrían utilizar el sistema. Su participación sería voluntaria.

La implementación del programa puede ser global o paulatina de forma que se cree inicialmente un grupo de trabajo formado por médicos que evalúe la utilidad del sistema y sus limitaciones.

INDICADORES

Los indicadores a utilizar para controlar la implementación del programa sería analizar el número de informes realizados, el número de visitas en las que se realicen informes y la demora en su realización (por ejemplo la cumplimentación de informes de éxitus).

DURACIÓN

El proyecto comenzaría en el primer trimestre el año 2017 y se prevé un periodo de 6 meses de edad de adaptación y puesta en marcha definitiva.

OBSERVACIONES

la descripción del proyectos muy somera y no he incluido otros miembros el servicio por limitaciones de tiempo. No obstante, Todos estamos de acuerdo en que en un sistema de estas características es muy necesario para agilizar y mejorar la atención a los pacientes.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0256

1. TÍTULO

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA " HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA "

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS JORDAN BENAVENT
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANADON LAZARO EULALIA
MARTINEZ ALFONSO FATIMA
AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE
GRACIA MARCO PILAR
AGUILAR GIMENO RITA
PALACIN MARTIN PILAR
PALOMAR VALERO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formacion de un grupo interdisciplinar
Revisión bibliográfica sobre el manejo de seguro de fármacos citostáticos
Elaboración de una guía para el manejo de fármacos citostáticos dirigida al personal de enfermería de hospital de día oncológica.
Realización de sesiones formativas para el personal de nueva incorporación a la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Existencia de una guía para el manejo de fármacos en el hospital de día oncológica.
5 Sesiones formativas realizadas en hospital de día.
20 profesionales de enfermería de hospital de día de nueva incorporación formados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto ha permitido dar solución a una demanda del personal de enfermería que trabaja en hospital de día oncológica. Ha servido para acercar posiciones entre enfermería y farmacia y conocer las necesidades y dificultades con las que nos encontramos ambos colectivos en el trabajo diario.
Ha permitido la creación de una guía, que para mantener su utilidad es necesario actualizar de forma periódica.
Las sesiones informativas al personal de nueva incorporación también son necesarias para la formación del personal que llega nuevo a la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/256 ===== ***

Nº de registro: 0256

Título
"SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS, EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA "HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA."

Autores:
JORDAN BENAVENT MARIA JESUS, ANADON LAZARO EULALIA, MARTINEZ ALFONSO FATIMA, AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE, GRACIA MARCO PILAR, AGUILAR GIMENO RITA, PALACIN MARTIN PILAR, PALOMAR VALERO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0256

1. TÍTULO

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA " HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA "

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Formación de profesionales

PROBLEMA

Los errores de medicación y sus consecuencias, constituyen un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones, no sólo desde un punto de vista humano, asistencial y económico, sino también porque generan desconfianza de pacientes en el sistema y dañan a los profesionales. Los fármacos antineoplásicos se incluyen dentro del grupo de "medicamentos de alto riesgo" ya que pueden causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esto hace que todo el personal de enfermería involucrado en el manejo de pacientes en tratamiento con quimioterapia debe ser extremadamente competente en el manejo seguro de estos fármacos. En la actualidad se están implantando sistemas que ayudan a los profesionales durante su práctica diaria a minimizar el riesgo de cometer errores. Una manera de mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos de alto riesgo es disponer de protocolos detallados y explícitos específicos de la unidad de enfermería donde se van a aplicar. Los protocolos son especialmente útiles en quimioterapia, ya que los esquemas de tratamiento con estos medicamentos son complejos y cambiantes, lo que facilita la aparición de errores. El uso de protocolos, logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal recién incorporado a la plantilla, pueda realizar de manera segura un proceso que no le resulte familiar. La falta de protocolos estandarizados en la administración de fármacos quimioterápicos en nuestra unidad justifica la necesidad de creación de una guía actualizada y de fácil manejo que haga realidad un proceso de enfermería seguro y eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

General:

- Desarrollar acciones que promuevan el uso seguro de los fármacos antineoplásicos con el fin de prevenir errores en el proceso de conservación, preparación y administración.

Específicos:

- Unificar criterios de actuación en el manejo seguro de fármacos.
- Diseñar, consensuar e implantar una guía para el manejo de fármacos antineoplásicos por parte del personal de Enfermería que se utilizan habitualmente en el hospital de día de oncología.
- Proporcionar formación al personal de enfermería de nueva incorporación.
- Mejorar las expectativas y satisfacción de los profesionales de Enfermería que se incorporan a la unidad.

MÉTODO

- Formación de un grupo interdisciplinar (Enfermería y Farmacia).
- Revisión bibliográfica sobre la seguridad en el manejo de fármacos antineoplásicos.
- Consenso y elaboración de la guía para el manejo de fármacos en el hospital de día de oncología para el personal de Enfermería.
- Realización de sesiones formativas para el personal de Enfermería de nueva incorporación:
 - Entre los conocimientos y habilidades a adquirir:
 - Los principios básicos de la quimioterapia, incluyendo los mecanismos de acción, métodos de dosificación, planificación y administración.
 - Los efectos adversos y toxicidad asociada a la quimioterapia, incluyendo la identificación temprana, la monitorización continua y los principios de la prevención y del manejo de los mismos.
 - Los principios del manejo seguro de la quimioterapia.
 - La preparación y almacenamiento de la medicación quimioterápica así como las vías de administración.

INDICADORES

- Existencia de una guía para el manejo de fármacos en el Hospital de Día de Oncología para enfermería.
- nº profesionales de enfermería de Hospital de Día que conocen el protocolo/ total de profesionales de enfermería de Hospital de Día.
- nº de sesiones de formación realizadas en el Hospital de Día.
- nº de profesionales de enfermería del Hospital de Día de nueva incorporación formados.

DURACIÓN

- Definición de un grupo interdisciplinar- Octubre 2016
- Revisión bibliográfica - Noviembre-Diciembre 2016
- Elaboración guía - Enero 2017 - Marzo 2017
- Sesiones formativas - Coincidiendo con la nueva incorporación de profesionales (Julio y Diciembre)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0256

1. TÍTULO

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA " HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA "

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1429

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

Fecha de entrada: 29/04/2018

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.

ARTAL CORTES ANGEL
ORTEGA IZQUIERDO MARIA EUGENIA
MARQUEZ MEDINA DIEGO
POLO MARQUES EDUARDO
COMIN ORCE ANA
NUÑO ALVES ANA
ANTON TORRES ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión base de datos programa prescripción tratamientos oncológicos endovenosos (HOSPIWIN) año 2017.
Análisis cumplimiento tratamiento previsto: incidencias, toxicidad y reducciones de dosis. (en curso)
Revisión bibliográfica y establecimiento relaciones con el Servicio de Geriatria de nuestro Hospital (recientemente implementado), para valorar la selección de test de valoración oncológica más apropiado y establecer las vías de derivación para una valoración por Geriatria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cuantificación del número de pacientes asistidos en Hospital de día oncológico según franjas de edad:
>70 años: 669 pacientes
>75 años: 377 pacientes
>80 años: 159 pacientes.

Revisión bibliografía y test valoración geriátrica.

Análisis necesidades recursos humanos y estructurales para poder desarrollar esta nueva acción con garantías.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha seleccionado la edad >75 años como corte para incluir en valoración geriátrica y atención en consulta de Oncogeriatría.

El número de pacientes > 75 años es de 377 durante 2017. Considerando que al menos debería realizarse una consulta cada 3-4 semanas, y que el tiempo necesario de una primera visita sería 60 minutos y una revisión 25 minutos, implicaría disponer de 4 consultas semanales dedicadas a estos pacientes.

La implicación de enfermería es crucial para sacar adelante el proyecto.

Dada la gran presión asistencial y la falta de despachos en Hospital de Día, es imprescindible dotar de personal de enfermería (1 enfermera y una auxiliar de enfermería) y espacios adecuados (2 despachos contiguos) antes de comenzar la actividad. Como alternativa a la falta de espacio, proponemos habilitar consultas en jornada de tardes hasta que se solucione el problema.

La revisión bibliográfica y selección test de valoración geriátrica ya esta realizada y refuerza la necesidad de implementar cuanto antes esta nueva actividad.

Se valorará en su momento la necesidad de contratar (1/2 jornada) un oncólogo que de apoyo a todas las actividades previstas.

7. OBSERVACIONES.

Guallart Calvo Reyes que era supervisora de enfermería del Hospital de Día de Oncología ha sido trasladada en el último concurso y ha abandonado el proyecto. No ha sido nombrada su sustituta hasta hace unos días, por lo que se ha retrasado la formación geriátrica a enfermería.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1429 ===== ***

Nº de registro: 1429

Título
IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

Autores:
ANTON TORRES ANTONIO, ARTAL CORTES ANGEL, ALVAREZ IÑAKI, ORTEGA IZQUIERDO EUGENIA, MARQUEZ MEDINA DIEGO, COMIN ORCE ANA, NUÑO ALVES ANA, GUALLART CALVO MARIA REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1429

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

Edad: Ancianos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Adaptar los tratamientos oncológicos a la vulnerabilidad de los pacientes según la edad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes oncológicos cada vez son más añosos. Una de las principales causas del incremento de la incidencia del cáncer es el envejecimiento. Aragón tiene una de las mayores esperanzas de vida al nacer del Estado Español. Los tratamientos oncológicos, sobre todo la quimioterapia, aumento sus efectos adversos conforme se incrementa la edad. Muchas funciones vitales, están deterioradas por el propio envejecimiento, como es el caso de la función renal, donde la edad es un componente crítico a la hora de calcular el aclaramiento renal. Esta situación, hace que tengamos que ser muy cuidadosos a la hora de seleccionar que pacientes se pueden beneficiar de recibir un tratamiento con quimioterapia. Actualmente hay publicaciones en las que se demuestra la utilidad de realizar una valoración geriátrica mínima, para seleccionar estos pacientes y poder prever los posibles beneficios / riesgos de los diferentes tratamientos oncológicos

RESULTADOS ESPERADOS
Analizar de forma retrospectiva el impacto de la edad en el beneficio / riesgo de los tratamientos oncológicos, haciendo hincapié en la quimioterapia. Revisaremos el número de tratamientos realizados según diferentes edades: > 70 años; >75 años y >80 años, con la intención de analizar la importancia del tema. Para ello, usaremos la base de datos del programa de prescripción de quimioterapia intravenosa (Hospiwín) y revisaremos los datos de prescripción de fármacos orales (Pacientes externos) del Servicio de Farmacia. Revisar la literatura más reciente al respecto y seleccionar los test más adecuados para detectar los niveles de riesgo. Por último, implementar dichos test en la población anciana seleccionada, para determinar prospectivamente el riesgo de complicaciones y tomar decisiones respecto a la utilidad de los tratamientos oncológicos.

MÉTODO
Valoración geriátrica mínima en todos los pacientes mayores de 75 años que sean vistos por el Servicio de Oncología y vayan a recibir tratamiento con quimioterapia. Revisión bases de datos prescripción quimioterapia del Servicio de Oncología Médica, de los 2-3 últimos años (2014-2016) para valorar el impacto de la edad en oncología. Revisar la bibliografía más reciente para seleccionar los test más adecuados para ayudarnos en la proyección del riesgo / beneficio del tratamiento oncológico en estos pacientes. Establecer una consulta específica de Oncogeriatría, en la que se atenderían los pacientes oncológicos >75 años y en la que se realizaría la evaluación geriátrica mínima, para la toma de decisiones. Esta consulta necesitaría el apoyo de personal de enfermería entrenado para realizar los test.

INDICADORES
Numero de pacientes >75 años vistos en la consulta de Oncogeriatría / N° pacientes >75 años totales vistos en Oncología. El primer año, estableceríamos el 50% como objetivo, que debería ser del 75% en el 2º año.

DURACIÓN
Análisis retrospectivo (3 meses): Irene Torres, Ana Comín, Pilar Felices y Ana Nuño, liderados por Ángel Artal y Antonio Antón.
Revisión bibliográfica y selección test (3 meses): Iñaki Álvarez, Diego Márquez, Eugenia Ortega, Eduardo Polo, Ángel Artal y Antonio Antón.
Formación enfermería en geriatría (1 mes)
Fase prospectiva: Ultimo trimestre 2017. Incorporación enfermera con formación en geriatría y puesta en marcha consulta Oncogeriatría: Dres. Iñaki Álvarez y Eugenia Ortega

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1430

1. TÍTULO

UNIDAD FUNCIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 29/04/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO ANTON TORRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ TRUFERO JAVIER
ORTEGA IZQUIERDO MARIA EUGENIA
LANZUELA VALERO MANUELA
TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión conjunta con el Servicio de Oncología Radioterapica para analizar la situación actual en nuestro centro y valorar oportunidades de mejora.
Visita conjunta (Oncología Médica y Radioterápica) al ICO Bellvitge (Barcelona) para conocer el funcionamiento y experiencia de la Unidad Funcional de tumores de cabeza y cuello de ese centro.
Redacción propuesta funcionamiento "Consulta conjunta primeros días" de los Servicios de Oncología Médica y Oncología Radioterapica.
Redacción propuesta "seguimiento pacientes con tumores de cabeza y cuello", para revisar de forma secuencial a los pacientes que han finalizado el tratamiento y evitar duplicidades y excesivo número de visitas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Visita a la Unidad Funcional de tumores de cabeza y cuello del ICO Bellvitge.
Redacción proyecto.
Análisis para desarrollar los cambios pertinentes para poder unificar la consulta de primeros días y seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora a realizado el análisis y propuesta de la Unidad de tumores de cabeza y cuello conjunta interservicios (Oncología Médica y Radioterápica)
La Dra. Manuela Lanzuela ha abandonado el proyecto, al ser nombrada Subdirectora Médica de nuestro Hospital.
Los ajustes internos del Servicio de Oncología Radioterapica han provocado retrasos y desajustes en la ejecución de la propuesta.
Dudas y dificultades para modificar las agendas actuales de los dos servicios implicados y encontrar un día a la semana donde poder coincidir las consultas y continuar con el desarrollo del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Esperamos poder superar todos estos inconvenientes e intentar la puesta en marcha de la consulta única de primeros días a lo largo de estos próximos meses.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1430 ===== ***

Nº de registro: 1430

Título
UNIDAD FUNCIONAL TUMORES CABEZA Y CUELLO

Autores:
ANTON TORRES ANTONIO, TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN, MARTINEZ TRUFERO JAVIER, ORTEGA IZQUIERDO EUGENIA, LANZUELA VALERO MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Pacientes con tumores de cabeza y cuello
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1430

1. TÍTULO

UNIDAD FUNCIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

PROBLEMA

Los pacientes diagnosticados de tumores de cabeza y cuello, representan un número importante en la actividad asistencial de ambos Servicios (Oncología Médica y Radioterápica). Un número cada vez mayor, requieren ser tratados con quimioterapia y radioterapia de forma concomitante o secuencial. Cuando estos pacientes son derivados desde los Servicios quirúrgicos: ORL y Cirugía Maxilofacial, tras ser comentados en el Comité de Tumores, conlleva realizar 2 citaciones de primer día, una en Oncología Médica y otra en Oncología Radioterápica. En muchas ocasiones, cuando es visto en un servicio, todavía no ha sido visto en el otro, lo que conlleva grandes dificultades organizativas y de coordinación, pudiendo incluso llegar a "extraviarse" algún paciente. Igualmente, una vez finalizados los diferentes tratamientos, el seguimiento de estos pacientes es realizado en los dos Servicios, además de en los Servicios quirúrgicos correspondientes. Esta situación, en ocasiones duplica exploraciones y visitas.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer una Unidad Funcional Oncológica de Tumores de Cabeza y Cuello, en la que estos pacientes serían vistos de primer día de forma conjunta por las dos especialidades, evitando discrepancias y descoordinación en el planteamiento terapéutico. Se evitaría duplicar las visitas a estos pacientes (solo un primer día y no dos) y se intentaría coordinar el inicio del tratamiento. Así mismo, y en dependencia de las dificultades para comenzar el tratamiento RT (listas de espera), indicaríamos la posibilidad de comenzar con quimioterapia de inducción, previa a la RT, dependiendo de la situación y urgencia de cada una de las situaciones. Posteriormente, plantearemos continuar con un seguimiento (revisiones) coordinado (alternante) para evitar duplicaciones de visitas y exploraciones y si se diera la oportunidad, que fuese en un área común y con agendas unificadas.

MÉTODO

Creación agenda única para visitar a este tipo de pacientes, en el que habría espacio para las visitas y para seguimiento.

Uso de 2 despachos contiguos en consultas externas: uno de ellos perteneciente a oncología médica y el otro a oncología radioterápica.

Designar "responsable" cuya función será citar las las visitas, revisar el correcto funcionamiento de la Unidad, realizar la memoria anual y reunirse con los responsables de los Servicios de Oncología Médica y Radioterápica para mantenerles informados de la actividad y posibles necesidades.

Creación Unidad Funcional de Oncología Médica y Oncología Radioterápica para atender a este tipo de pacientes (Pacientes oncológicos diagnosticados de tumores de cabeza y cuello) de forma unificada y coordinada, tanto para los primeros días, como para el seguimiento.

INDICADORES

Numero las visitas de tumores de cabeza y cuello en la Unidad Funcional / Numero de las visitas de cabeza y cuello vistos en cada servicio.

DURACIÓN

Planteamiento consulta conjunta previa visita al ICO para valorar su programa de Unidades Funcionales (Tumores de Cabeza y Cuello - TCC) a finales del mes de junio 2017.

Selección ubicación ambos despachos, donde se llevará a cabo las visitas.

Formación personal auxiliar en la dinámica de la consulta.

Creación agenda única unidad funcional TCC (septiembre 2017)

Carta informativa a los diferentes Servicios del Hospital, informándoles de la creación de esta Unidad Funcional y del inicio de su actividad a partir del 1 de octubre 2017.

OBSERVACIONES

Los despachos y auxiliares de enfermería ya existen en cada Servicio. Hay que realizar los ajustes necesarios para que coincidan en el tiempo ambas consultas.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0296

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

Fecha de entrada: 19/02/2018

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.

GARCIA GIMENO BLANCA
PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR
PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL
BORDONADA MARTINEZ CHRISTIAN
VAZQUEZ FERNANDEZ JAGOBA
MUÑOZ SAENZ ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

* Actualización de procedimientos operativos.
* incorporación de nuevas instrucciones adaptadas a las necesidades de trabajo
* Inicio del análisis de riesgos en el Sº de Oncología Radioterápica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cumplimiento de objetivos: Aplicación de tratamientos con boost integrado en tratamientos de cabeza y cuello .
Certificación UNE en ISO 9001 en 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente seguir desarrollando análisis de riesgos creando un grupo de trabajo para poder desarrollarlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/296 ===== ***

Nº de registro: 0296

Título
MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

Autores:
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR, MIRANDA BURGOS ANABELA, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, MUÑOZ SAENZ ENCARNA, ARRABAL MARTINEZ YOLANDA, GIL MARTINEZ PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma UNE-EN ISO 9001 desde el año 2012
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del Servicio de Oncología Radioterápica para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0296

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

Nuestro plantenamiento es: Desarrollar las áreas de mejora detectadas en la Auditoria interna de 17/03/2016 y Rev por la Dirección (28-04-2016).

RESULTADOS ESPERADOS

Inclusión en todos los consentimientos informados, la autorización del paciente para ser filmado o fotografiado. Desarrollar un check-List de seguridad (firmado por el profesional que lo cumplimenta) a los procedimientos de braquiterapia y RIO
Elaboración de una hoja de solicitud de tratamiento RT informatizada a través de HP-Doctor para la cumplimentación por parte de los servicios peticionarios, desarrollandola inicialmente con el S° de Urología

MÉTODO

- Se revisaran los consentimientos informados y se añadira en todos ellos: la autorización del paciente para ser filmado o fotografiado. Así como en los de nueva creación. Responsable: Dra. Puertas
- Check-List de seguridad para RIO. Responsable: Cristina Vazquez
- Check-List de seguridad para Braquiterapia Ginecológica Responsable: Dra. Miranda.
- Check-List de seguridad para Braquiterapia prostática LDR Responsable: Yolanda Arrabal
- Elaboración de una hoja de solicitud de tratamiento RT informatizada a través de HP-Doctor para la cumplimentación por parte de los servicios peticionarios, desarrollandola inicialmente con la colaboración del el S° de Urología. Responsable Dra. Méndez

INDICADORES

- Consentimientos informados el indicador será que el 100% de los consentimientos informados esten actualizados en un periodo de 6 meses.
 - Check-List de seguridad para RIO.El indicador sera la realización del mismo y puesta en marcha.
 - Check-List de seguridad para Braquiterapia prostática LDR sera la realización del mismo y puesta en marcha
 - Check-List de seguridad para Braquiterapia ginecologica sera la realización del mismo y puesta en marcha.
 - Elaboración de una hoja de solicitud de tratamiento RT informatizada a través de HP-Doctor el indicador será la creación y puesta en marcha en colaboración con el S° de Urología
- La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017

Revision por la Direccion: Abril 2017

Auditoria Externa: mayo/junio 2017

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

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

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Seguimiento semestral

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL 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.
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA
JIMENEZ ALBERICIO JAVIER
GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA
BORDONABA MARTINEZ CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de protocolo de utilización del sistema Body-FIX
Sesiones de formación al personal de su utilización.

Aplicación del sistema a otras localizaciones corporales (SBRT próstata).

Enero 2016: Puesta en marcha de la técnica, con formación del personal. La formación afecta a todas las etapas del tt° radioterápico. En la etapa de localización el estudio de TAC debe realizarse con unos parámetros específicos que garanticen la reproducibilidad de la posición del paciente y minimicen la incertidumbre en los cálculos dosimétricos. Se trata de un estudio de TC 4D que, mediante varias adquisiciones de imagen durante el ciclo respiratorio recoge las variaciones de la posición de los volúmenes a tratar producidas por la respiración del paciente. En la planificación médica se introducen nuevos fraccionamientos de dosis que implican nuevos límites de dosis y nuevos tejidos a tener en cuenta en el contorneo de órganos de riesgo. Además las estructuras involucradas en la inmovilización del paciente han de incorporarse igualmente en la planificación del tratamiento. La dosimetría clínica resulta más compleja debido a que las altas dosis por fracción impartidas conllevarían con técnicas convencionales altas dosis periféricas que superarían los límites de dosis impuestos por los órganos de riesgo. Se hacen necesarias más incidencias del haz de radiación y un uso más frecuente del giro de mesa. En la etapa de puesta en marcha y en la de administración del tratamiento las variantes del tt° con respecto a los tt°s convencionales deben ser atendidas con especial cuidado. Así la correcta posición del paciente se comprueba mediante comparación de imágenes de cone beam CT adquiridas en el instante previo al tt° con las imágenes de planificación. Las correcciones en la posición del paciente se llevan a cabo según un protocolo de IGRT on line. Los giros de mesa requieren la intervención del personal técnico durante el tt°. Además la envergadura los inmovilizadores utilizados supone una limitación en la realización de cierto movimientos del acelerador lineal de electrones, lo que requiere de especial pericia por parte del personal técnico involucrado. Realización en nuestro Centro de la técnica de SBRT: radioterapia extereotáctica extracraneal, aplicada a tumores y metástasis pulmonares.

Se ha realizado una base de datos en relación con ésta técnica, dónde además de datos relacionados con el paciente y antecedentes, se recogen datos en relación con la planificación realizada, número de campos, volúmenes tumorales irradiados, dosis medias, máximas y mínimas, así como datos de puesta en marcha en el acelerador. Todo ello nos permite registrar las variabilidades diarias en la colocación del paciente, calcularlas y corregirlas antes del tratamiento en cada sesión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Diciembre 2016: Durante el tiempo del proyecto previsto, se ha llevado a cabo la realización de la técnica SBRT pulmonar en 15 pacientes, a lo largo del 2016.

Los tiempos de ejecución del tt° son más largos que un tt° estándar, requiriendo aproximadamente 30-45 min por paciente, variable según el fraccionamiento utilizado y número de sesiones.

La implantación de esta técnica nos ha permitido tratar a los pacientes en nuestro centro, evitando la derivación a otras Comunidades Autónomas, lo cual satisface enormemente a los pacientes oncológicos, y evidentemente, supone un ahorro en cuanto a derivaciones.

Tras la revisión de incidencias se realiza un protocolo para guardar los cojines personalizados de vacío BlueBAG Bodyfix

OBJETIVO 1	Elaboración de un protocolo de utilización		
INDICADOR 1	SÍ / NO		
Periodicidad	Única	Responsable	Dra. Puertas Valiño
Fecha Seguimiento	Resultado Seguimiento		
Enero 2016	SÍ		
OBJETIVO 2	Sesiones de formación		
INDICADOR 2	SÍ / NO		
Periodicidad	Única	Responsable	
Fecha Seguimiento	Resultado Seguimiento		
Enero 2016	SÍ		
OBJETIVO 3	Empleo del sistema SYMMETRY		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

INDICADOR 3	% Pacientes de SBRT PULMONAR con SYMMETRY	
Periodicidad	Semestral	Responsable
Fecha Seguimiento	Resultado Seguimiento	
Julio 2016	100 %	
Enero 2017	100 %	
OBJETIVO 4	Precisión y seguridad en el tratamiento de SBRT PULMONAR	
Periodicidad	Anual	Responsable
Fecha Seguimiento	Resultado Seguimiento	
Enero 2017	100 %	
INDICADOR 4.2	% Dosimetrías clínicas cuyos valores de interés han sido registrados en la base de datos	
Periodicidad	Anual	Responsable
Fecha Seguimiento	Resultado Seguimiento	
Enero 2017	100 %	

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La técnica está, actualmente, establecida en nuestro centro y se ha convertido en un ttº estándar de amplio uso e indicación para los tumores pulmonares T1-T2N0 y metástasis pulmonares, en casos dónde se contraindica o rechaza cirugía.

Existe conocimiento de su utilidad e indicaciones en el Comité de Tumores Torácicos, por lo que es una técnica indicada y ofrecida a los pacientes por cualquiera de los especialistas que asisten a estos pacientes, así como desde otros hospitales de la Comunidad (HCU, Hospital de Alcañiz).

Este proyecto de puesta en marcha de la técnica y su implementación nos ha permitido participar en estudios con el Grupo Español de SBRT pulmonar, con resultados muy similares al resto de hospitales.

Conjuntamente, se ha desarrollado unos protocolos de utilización del sistema y de la técnica de SBRT, de amplio uso en nuestro servicio en la actualidad.

PROBLEMAS DETECTADOS EN SU DESARROLLO

1. Dificultades asociadas a la modificación en la forma habitual de actuación, con requerimiento de mayor preparación del personal, todo ello llevado además de la realización del trabajo diario, con iguales medios físicos y humanos.

2. Este tipo de técnicas precisa para su realización de una formación del profesional y de mayor tiempo empleado en la preparación, planificación y administración del ttº por tratarse de técnicas de mayor complejidad, aunque el nº de sesiones a recibir por el paciente sea inferior al 20%, con lo cual los tiempos totales de acelerador se reduzcan entre un 50% y un 70% según casos. Por ejemplo, un ttº estándar de una lesión T1 de un CA de pulmón supondría entorno a 33-35 sesiones de radioterapia estándar. Con la técnica de SBRT, en función del tamaño y localización, se reduce a 5-8 sesiones. La buena comunicación y la sinergia entre los miembros del equipo multidisciplinar ha sido fundamental para superar las dificultades encontradas.

3. Necesidad de materiales no incluidos en los suministros usados de modo habitual en el Sº de O. Radioterápica, con lo que los pedidos de materiales específicos para llevar a cabo la técnica retrasan su empleo en los pacientes y limitan el nº de pacientes a tratar por falta de material (colchones de vacío, plásticos envolventes).

PROCEDIMIENTO DE SBRT PULMONAR

Norma UNE-EN-ISO-9001

Elaborado: Mª Mar Puertas Valiño

1. INTRODUCCION: SBRT PULMONAR

La SBRT es una modalidad de ttº radiante novedosa de alta precisión, en la cual se utilizan dosis ablativas de radiación con hipofraccionamiento, por lo general, con 1-5 fracciones, empleando técnicas estereotácticas, con radioterapia conformada con planificación 3D (RTC-3D) o radioterapia de intensidad modulada (RTIM), siendo imprescindible el empleo de radioterapia guiada por imágenes (RTGI) antes de cada fracción de ttº.

La SBRT se desarrolló inicialmente en el Instituto Karolinska en Estocolmo, con los trabajos pioneros de Lax y Blomgren en 1994, en base a los principios de la Radiocirugía o radioterapia estereotáctica craneal. Estos investigadores diseñaron un equipo de inmovilización corporal con marcadores fiduciaros combinado con compresión abdominal, para el ttº de diversas lesiones en hígado y pulmón. Posteriormente se realizan los estudios en Japón de Uematsu y cols. (1998) combinando un equipo de TC y un Acelerador Lineal FOCAL unit, Fusión de TC y AL, aplicando este sistema en el ttº de tumores primarios de pulmón y metástasis pulmonares. Luego en la Universidad de Indiana, Timmerman y cols (2003), realizan un estudio fase I en carcinoma de pulmón inoperable por razones médicas.

La mayoría de investigadores limita el uso de SBRT a tumores bien circunscritos con un diámetro máximo de 5 cm, aunque algunos centros tienen recogidos datos en lesiones de hasta 7 cm. 32-34,45-47

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

C. 50 Gy (12.5 x 4 fx) <1cm <5cm >2cm
D. 60 Gy (7.5 Gy x 8 fx) >2cm <5cm >1cm i < 2cm

Las restricciones a órganos críticos varían según el esquema adoptado:

Órgano de Riesgo	1 Fracción				
34 Gy*	3 Fracciones				
18 Gy*	4 Fracciones				
12.5 Gy*	8Fracciones				
7.5 Gy**					
Medula	14 Gy	18 Gy (6 Gy/fx)	26 Gy (6.5 Gy/7fx)	30 Gy (6 Gy/fx)	
Esófago	15.4 Gy	30 Gy(10 Gy/fx)	30 Gy(7.5 Gy/fx)	32.5 Gy (6.5 Gy/fx)	
Plexo Braquial	17.5 Gy	21 Gy (7 Gy/fx)	27.2 Gy (6.8 Gy/fx)	30 Gy (6 Gy/fx)	
Corazón / Pericardio	22 Gy	30 Gy(10 Gy/fx)	34 Gy (8.5 Gy/fx)	35 Gy (7 Gy/fx)	
Grandes Vasos	37 Gy	39 Gy (13 Gy/fx)	49 Gy (12.25 Gy/fx)	55 Gy (11 GY/fx)	
Tráquea/Bronquios Principales		20.2 Gy	30 Gy (10 Gy/fx)	34.8 Gy (8.7 Gy/fx)	40 Gy (8 Gy/fx)
Costilla	30 Gy	30 Gy (10 Gy/fx)	32 Gy(7.8 GY/fx)	32.5 Gy (6.5 Gy/fx)	
Piel	26 Gy	30 Gy (10 Gy/fx)	36 Gy (9 Gy/fx)	40 Gy (8 Gy/fx)	
Estómago	12.4 Gy	27 Gy(9 Gy/fx)	30 Gy(7.5 Gy/fx)	35 Gy (7 Gy/fx)	

Recomendaciones basadas en Estudios multicéntricos (RTOG 0618, RTOG 0915).

5. VERIFICACION Y TT° DEL PACIENTE

- Reproducción de la posición del TC
- IGRt mediante Cone-beam
- Oncólogo radioterapeuta realiza el 3D-3D match : Ajusta ITV del CT referencia sobre la lesión visualizada en el CBCT
- Administración del tt°

6. SEGUIMIENTO en consultas externas

7. OBSERVACIONES.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Wulf J, Haedinger U, Oppitz U, et al. Stereotactic radiotherapy for primary lung cancer and pulmonary metastases: a noninvasive treatment approach in medically inoperable patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 60:186-196, 2004.
- 2.- Wulf J, Baier K, Mueller G, et al. Dose-response in stereotactic irradiation of lung tumors. Radiother Oncol. 77:83-87, 2005.
- 3.- Hof H, Muentzer M, Oetzel D, et al. Stereotactic single-dose radiotherapy (radiosurgery) of early stage nonsmall-cell lung cancer (NSCLC). Cancer. 110:148-155, 2007.
- 4.- Fritz P, Kraus HJ, Mühlnickel W, et al. Stereotactic, single-dose irradiation of stage I non-small cell lung cancer and lung metastases. Radiat Oncol. 1:30-38, 2006.
- 5.- Whyte RI, Crownover R, Murphy MJ, et al. Stereotactic radiosurgery for lung tumors: preliminary report of a phase I trial. Ann Thorac Surg. 75:1097-1101, 2003.
- 6.- Hara R, Itami J, Kondo T, et al. Clinical outcomes of single-fraction stereotactic radiation therapy of lung tumors. Cancer. 106:1347-1352, 2006.
- 7.- Lax I, et al. Stereotactic radiotherapy of malignancies in the abdomen: Methodological aspects. Acta Oncol. 33: 677-683, 1994.
- 8.- Blomgren H, et al. Stereotactic high dose fraction radiation therapy of extracranial tumors using an accelerator. Acta Oncol. 34: 861-870, 1995.
- 9.- Blomgren H, et al. Radiosurgery for tumors in the body: Clinical experience using a new method. J Radiosurg. Vol. 1, No. 1: 63-74, 1998.
- 10.- Timmerman R, Papiez L, McGarry R, et al. Extracranial stereotactic radioablation: Results of a phase I study in medically inoperable stage I non-small cell lung cancer patients. Chest. 124(5): 1946-55, 2003.
- 11.- Timmerman et al. 49th ASTRO meeting, November-2007. Los Angeles.(USA)
- 12.- Wulf J, Hadinger U, Oppitz U, et al. Stereotactic radiotherapy of extracranial targets: CT-simulation and accuracy of treatment in the stereotactic body frame. Radiother Oncol. 57(2): 225-36, 2000.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

13.- Negoro, Y, Nagata, Y, Aoki, T, et al. The effectiveness of an immobilization device in conformal radiotherapy for lung tumor: Reduction of respiratory tumor movement and evaluation of the daily setup accuracy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 50: 889-98, 2001.

14.- Cardenes H, Timmerman R, Papiez L. Extracranial stereotactic radioablation: Review of biological basis, technique and preliminary clinical experience. Oncologia. 23(4):193-199, 2002.

15.- Timmerman RD, Papiez L, McGarry R, Likes L, DesRosiers C, Frost S, Williams M. Extracranial stereotactic radioablation: Results of a phase I study in stage I non-small cell lung cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 57(2 Suppl): S280-1, 2003.

16.- Taremi M, Hope A, Dahele M, Pearson S, et al. Stereotactic body radiotherapy for medically inoperable lung cancer: Prospective, single-center study of 108 consecutive patients. IJFOBP, In press.

RADIOTERAPIA ESTEREOATÁXICA EXTRACRANEAL (SBRT)

Esta modalidad terapéutica permite administrar, en pocas sesiones y con una gran precisión, dosis muy altas de irradiación sobre el tumor de forma eficaz y con una mínima toxicidad sobre los tejidos sanos circundantes. Sus efectos secundarios son pocos.

La SBRT es una técnica mínimamente invasiva que permite al paciente recibir el tratamiento de forma ambulatoria, sin necesidad de ingreso.

En la mayoría de los estudios, la radioterapia estereotáxica extracraneal (SBRT) obtiene tasas de control local de más del 80% de las lesiones tratadas, y con mínima toxicidad.

De hecho, está ya establecida como tratamiento de elección en pacientes no operables, con cáncer de pulmón en estadios precoces, y se perfila como alternativa a otros tratamientos locales en cáncer de próstata, tumores hepáticos, metástasis hepáticas, óseas, ganglionares, suprarrenales o pulmonares.

Así, hoy en día es claro su uso, como alternativa a cirugía en pacientes con enfermedad localizada u oligometastásicos, en:

- Carcinoma de pulmón T1-T2,
- Metástasis pulmonares
- Carcinoma hepatocelular y metástasis hepáticas
- Carcinoma de próstata
- Lesiones vertebrales
- Otros: tumores renales, páncreas.

Esta técnica permite administrar altas dosis en una o pocas sesiones, con finalidad radical, curativa.

Una de las grandes dificultades de esta técnica es administrar dosis ablativas a volúmenes de modo preciso, por el límite de tolerancia de los tejidos sanos y el fraccionamiento.

En cuanto a los requerimientos tecnológicos para implementar la SBRT, podrían agruparse en tres bloques:

- a) Incluye una adecuada identificación del tumor o volumen a irradiar, para lo que hay que emplear estudios de imagen con TAC, TAC 4D, y en muchos casos resonancia o PET.
- b) Son necesarios sistemas de planificación que permitan realizar una dosimetría del alto gradiente y alta conformación como la radioterapia conformada 3D o la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) para poder administrar dosis altas al tumor y dosis bajas a los tejidos sanos de alrededor".
- c) Necesidad de disponer de aceleradores de última generación que incorporen sistemas de imagen guiada que verifiquen y aseguren la precisión del tratamiento, incluso controlando el posible movimiento del tumor durante la irradiación".

Todos estos requisitos se consideran imprescindibles de la SBRT.

El movimiento es una causa importante de artefactos en la imagen y errores en la terapia de alta precisión. Para llevar a cabo una adecuada planificación del tratamiento y su reproducción exacta en el acelerador, es preciso contar con unos sistemas de inmovilización del paciente, que permitan reducir los márgenes a aplicar al tumor a la hora de tratar.

Son múltiples los sistemas de inmovilización existentes en el mercado.

A nuestro servicio de Oncología Radioterápica nos ha llegado un sistema adquirido con el acelerador ELEKTA, denominado Body-FIX.

BodyFIX permite un exacto y preciso posicionamiento del paciente y su inmovilización, proporcionando las bases para la imagen y el tratamiento en radioterapia.

La tecnología de Bodyfix permite realizar un doble vacío al paciente, reduciendo la movilidad tanto involuntaria y voluntaria. Bodyfix ofrece claridad de imagen sin artefactos con la atenuación del haz mínima. La lámina de cubierta única está ubicada alrededor del paciente y produce una presión uniforme, de forma segura para inmovilizar partes del cuerpo del paciente.

Los cojines de vacío BlueBAG Bodyfix crean un molde cómodo, estable y preciso de la posición del paciente durante un máximo de seis semanas. Pueden ser utilizados para diferentes configuraciones y las indicaciones clínicas tales como el tórax, cadera o total del cuerpo. Asocia un sistema de control del movimiento diafragmático, mediante la aplicación de presión sobre el tórax.

El colchón de vacío BlueBAG™ BodyFIX® se debe fijar sobre la mesa del TAC de planificación, del mismo modo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

se realizará en la mesa del acelerador mediante unas barras de indexación.

Se coloca el colchón de vacío Bodyfix BlueBAG sobre la mesa utilizando las barras de indexación (requisito previo es el sistema de indexación Bodyfix).

El sistema de presión abdominal, igualmente ha de ser indexado en la mesa del TAC de planificación para determinar con precisión los volúmenes a tratar.

Hoy en día esta técnica está perfectamente validada y utilizada en los servicios de Radioterapia, para tratar a un subgrupo de pacientes oncológicos de modo seguro, con una técnica no invasiva, de rápida realización, mayoritariamente en pocas sesiones, evitando en muchos casos una cirugía cruenta y costosa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/327 ===== ***

Nº de registro: 0327

Título
IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Autores:
PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR, MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA, BORDONABA MARTINEZ CRISTIAN, GASCON FERRER MARINA, PUEYO PODEROS ANA, VIÑAS BERNAL EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....: MEJORA DE LOS TRATAMIENTOS APLICADOS CON REDUCCION DE TOXICIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

PROBLEMA

La irradiación de los tumores de pulmón requiere una adecuada delimitación del volumen tumoral a tratar, teniendo en cuenta la necesidad de irradiar la lesión con un margen de seguridad tanto por enfermedad microscópica como por el movimiento respiratorio, entre otros factores, que hace que los volúmenes a tratar sean amplios y los riesgos de efectos secundarios importantes, dado que en un alto porcentaje de casos estos pacientes tienen problemas respiratorios (EPOC). Incluso, este problema en ocasiones, conlleva la necesidad de administrar tratamiento quimioterápico de inducción, con la finalidad de reducir el tamaño tumoral e incluso rechazar el tratamiento de radioterapia.

Para llevar a cabo una adecuada planificación del tratamiento, más exacta, minimizando la dosis en el pulmón sano y órganos de riesgo así como su reproducción exacta en el acelerador, es preciso contar con:

- unos sistemas de inmovilización del paciente, que permitan reducir los márgenes a aplicar al tumor a la hora de tratar
- el empleo de técnicas que permitan una irradiación (IMRT) más conformada y
- sistema de comprobación de imagen (IGRT) en el propio acelerador

A nuestro servicio de Oncología Radioterápica nos ha llegado un sistema de inmovilización, denominado Body-FIX. En inicio, para el conocimiento de este sistema y su empleo en la práctica, es necesario una formación adecuada del personal técnico, conocer su utilidad, realización específica de la preparación así como su colocación en el acelerador y la interpretación de los datos objetivados con el sistema IGRT SYMMETRY.

Hemos considerado como proyecto de mejora la elaboración de un protocolo de utilización del sistema Body-FIX, claro y sencillo, así como el establecimiento de una serie de sesiones de formación al personal correspondiente de su utilización, haciendo especial hincapié en el razonamiento de su uso y de las ventajas que aporta, que sumado al empleo del sistema SYMMETRY, esperamos se traduzcan en la aplicación de tratamientos cada día más precisos y seguros, minimizando los efectos secundarios. Todo ello supondría tratar un mayor número de pacientes con mayor seguridad y precisión, y menor toxicidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el empleo del sistema de inmovilización Body-FIX en el acelerador Elekta, con capacidad para hacer IGRT 4D gracias al dispositivo Symmetry, diseñado especialmente para tumores de tórax, logramos la adquisición de imágenes 4D correlacionadas anatómicamente en el momento del tratamiento, pudiendo visualizar el movimiento respiratorio y hacer las correcciones necesarias online.

Así se comprueba que el tumor está en la posición prevista o, si no es así, el equipo informa de los movimientos necesarios que se deben realizar al paciente para que el tumor quede en el lugar exacto respecto a lo planificado previamente.

MÉTODO

Esta llamativa mejora en la calidad de los tratamientos de radioterapia administrados al paciente supone un incremento en el tiempo de preparación y colocación del paciente, así como en las comprobaciones que a diario son necesarias, con evidentes ventajas en precisión y calidad así como en seguridad.

En principio, una vez llevado a cabo la formación, pretendemos hacer extensivo a un subgrupo de pacientes con cáncer de pulmón, el uso de este sistema, estableciendo una comparativa de:

- reducción del movimiento respiratorio con la inmovilización
- tiempos de preparación frente al tratamiento estándar.
- tiempos requerido para el tratamiento en el acelerador.

Lo que el proyecto pretende es establecer un método de trabajo y planificación de la actividad que permita emplear esta técnica evidentemente en todos los casos de cáncer de pulmón y si es factible, en el resto de pacientes sometidos a irradiación torácica con fraccionamientos estándar, garantizando una mayor precisión y seguridad durante la administración del tratamiento, con visualización directa del tumor durante toda la irradiación, con disminución evidente de las toxicidades secundarias, al controlar un factor importante en la necesidad de emplear campos amplios: el movimiento del tumor durante el ciclo respiratorio.

En la puesta en marcha y desarrollo de este proyecto están implicados y es precisa la colaboración y trabajo de distintos estamentos (médicos, físicos, técnicos de radioterapia), todos los cuales pretenden encontrar con este proyecto una mejora sustancial tanto en la calidad del tratamiento como en los resultados obtenidos.

INDICADORES

- 1) Tiempo de preparación del sistema para planificar el tratamiento.
- 2) Tiempo de colocación del paciente y tratamiento en el acelerador.
- 3) Toxicidad aguda del paciente durante el tratamiento.

DURACIÓN

El proyecto se realizará en inicio a lo largo de un año, estableciendo el tiempo necesario para el tratamiento de los pacientes, la necesidad de reposicionar, los efectos secundarios agudos y crónicos en relación con radioterapia, así como y el grado de satisfacción y comodidad del paciente,

OBSERVACIONES

Este mismo sistema nos permite comprobar en el momento del tratamiento que el volumen tumoral a tratar es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

equivalente a lo planificado. En caso contrario, nos permite llevar a cabo las modificaciones necesarias.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0593

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA GIMENO HERNANDEZ
· Profesión TECNICO DE RADIOTERAPIA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILLA GAZULLA DAVID
BORDONADA MARTINEZ CRISTIAN
GARGALLO HERRERO MARIA JESUS
VIÑAS BERNAL EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el posicionamiento del paciente, tanto en la simulación como en el tratamiento diario, los técnicos en radioterapia hemos hecho uso de las barras de indexación, fijando así los sistemas de inmovilización (colchones de vacío, belly board, plano pulmón, plano mama, base soporte de cabeza y cuello, base del marco estereotáxico...) a la mesa del tac y de tratamiento, contribuyendo así a obtener una mayor precisión en el posicionamiento e inmovilización del paciente.

Todas estas actividades se han realizado cumpliendo el calendario fijado inicialmente.

Para realizar este estudio se ha elaborado un registro de los datos obtenidos (indicadores), para su posterior análisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado gracias a las actividades realizadas ha sido óptimo, ya que se ha conseguido minimizar los errores intrafracción e interfracción que se producen en el posicionamiento, maximizando la exactitud del reposicionamiento y las estabilidad del paciente durante la sesión de tratamiento, logrando así mayor rigurosidad y fidelidad con respecto a la simulación y/o TAC y al estudio dosimétrico de cada paciente, obteniendo el grado de excelencia y nivel técnico, permitiendo administrar dosis de radiación más eficaces y seguras a los tumores y con menos efectos secundarios y contribuyendo a un mejor control de la enfermedad y una mayor calidad de vida para los pacientes.

Los resultados se han obtenido gracias al registro de estos 3 indicadores utilizados:

Indicador 1: Valores desplazamiento mesa día simulación (origen Tac)

Indicador 2: Valores desplazamiento mesa tras posicionamiento diario (Ofset mesa: origen Tac -Isocentro)

Indicador 3: Valores desplazamiento mesa tras la verificación de imágenes diaria (CBCT: coincidencia Isocentro de Planificación con el de Radiación).

Para cada paciente y tras cada sesión se ha realizado una comparativa entre los indicadores mencionados (1-2 y 2-3) y un registro de los datos obtenidos, para su posterior análisis.

Así mismo, los resultados obtenidos se han comparado con los indicadores de otros pacientes en los que no se ha utilizado el sistema de indexación, lo que nos ha permitido llegar a esta conclusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos gracias a la implementación de esta mejora han sido tan satisfactorios que tras la finalización del proyecto forman parte del protocolo diario en posicionamiento de los pacientes de nuestro Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/593 ===== ***

Nº de registro: 0593

Título
MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

Autores:
GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA, VILLA GAZULLA DAVID, BORDONABA MARTINEZ CRISTIAN, GARGALLO HERRERO MARIA JESUS, VIÑAS BERNAL EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0593

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

TEMAS

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Proyecto de mejora en la calidad asistencial

PROBLEMA

Los últimos progresos experimentados en la Oncología Radioterápica han contribuido a desarrollar la Radioterapia Estereotáxica, que constituye en la actualidad un campo muy atractivo, ya que es una forma de radiación muy precisa, permitiendo la aplicación de dosis elevadas de radiación en una ó pocas sesiones al tumor y mínimas a los tejidos sanos circundantes, mediante sistemas de coordenadas y condiciones de gran exactitud espacial, de modo que es posible tratar lesiones en poco tiempo y con un perfil de efectos secundarios tolerables.

El uso de estos esquemas de fraccionamiento hoy en día son una realidad dado el desarrollo de los equipos de diagnóstico por imagen, de los Aceleradores Lineales modernos, los avanzados sistemas de planificación de tratamiento radiante y los sistemas de inmovilización.

Por tanto, es una condición indispensable irradiar volúmenes blanco limitados con una gran precisión, evitando al máximo la exposición de los tejidos y órganos normales para obtener resultados terapéuticos favorables con un mínimo de complicaciones.

Para ello es imprescindible un adecuado sistema de posicionamiento e inmovilización del paciente para la optimización del tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Contribuir con nuestra intervención a:

- Minimizar los errores intrafracción e interfacción, tanto aleatorios como sistemáticos que se producen en el posicionamiento.
- Maximizar la exactitud del reposicionamiento y la estabilidad del paciente durante la sesión de tratamiento, logrando que sea lo más riguroso y fiel a lo que anteriormente se ha proyectado en la simulación y/ó TAC y en el estudio dosimétrico de cada paciente.
- Obtener el grado de excelencia y nivel técnico, los cuales permiten administrar dosis de radiación más eficaces y seguras a los tumores y con menos efectos secundarios, lo cual contribuirá en gran medida a un mejor control de la enfermedad y una mayor calidad de vida para los pacientes.

MÉTODO

A la hora de posicionar al paciente, tanto en la simulación como en el tratamiento diario, los técnicos en radioterapia vamos a hacer uso, previa indicación del facultativo especialista en oncología radioterápica, de unos dispositivos de fijación: las barras de indexación, que permiten fijar los sistemas de inmovilización usados hasta el momento (colchones de vacío, belly board, plano pulmón, plano mama, base soporte de cabeza y cuello, base del marco estereotáxico...) a la mesa del tac y de tratamiento, contribuyendo así a obtener una mayor precisión en el posicionamiento e inmovilización del paciente.

INDICADORES

Indicador 1: Valores desplazamiento mesa día simulación(origen Tac)
Indicador 2: Valores desplazamiento mesa tras posicionamiento diario (Ofset mesa: origen Tac -Isocentro)
Indicador 3: Valores desplazamiento mesa tras la verificación de imágenes diaria (CBCT: coincidencia Isocentro de Planificación con el de Radiación)
Para cada paciente y tras cada sesión se va a realizar una comparativa entre los indicadores mencionados (1-2 y 2-3) y un registro de los datos obtenidos, para su posterior análisis.
Así mismo, los resultados obtenidos podrán compararse con los indicadores de otros pacientes en los que no se haya utilizado el sistema de indexación.

DURACIÓN

El estudio comenzará en Octubre del 2016 (a partir de la presentación de este proyecto de mejora) y finalizará en Diciembre del 2016.

CRONOGRAMA:

Diariamente los técnicos procederán a:

- La indexación de los sistemas de inmovilización durante el posicionamiento de los pacientes con tratamiento estereotáxico.
- Verificación de imágenes tras el posicionamiento y antes de la administración de tratamiento.
- Registro de los datos obtenidos en cada sesión (XVI).

Al finalizar el tratamiento, facultativo y físico procederán a:

- Analizar de los resultados obtenidos por paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0593

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

- Realizar una comparativa con los indicadores de pacientes en los que no se utiliza el sistema de indexación.
- Evaluación final y elaboración de un informe de resultados.

OBSERVACIONES

El sistema de indexación también puede ser aplicable a los tratamientos radioterápicos convencionales (no estereotáxicos) en los que se utilicen sistemas de inmovilización indexables, pero hemos elegido la estereotaxia por ser la modalidad terapéutica en la que se administran dosis elevadas de radiación y requiere máxima precisión.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0633

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

Fecha de entrada: 13/02/2018

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.
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
CUARTERO CONEJERO ESTHER
MUÑOZ SAENZ ENCARNA
MOLINA OSORIO GUADALUPE
IBÁÑEZ CARRERAS REYES
MIRANDA BURGOS ANABELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez realizada la consulta médica de 1º día, las pacientes candidatas a RIO, pasan por la consulta de enfermería, en donde se les hace una valoración física; que incluye la realización de una foto de la paciente en bipedestación con ambas extremidades superiores en jarra, para una valoración estética previa y posterior del tratamiento quirúrgico y radioterápico.

Se explican detalladamente cuales son los cuidados a realizar previos y posteriores a la cirugía y en cual de ellos deben incidir más. Para ello se les entrega un tríptico informativo en el que explica en que consiste la Radioterapia Intraoperatoria y cuales son los cuidados a realizar pre y post cirugía. Explicamos también la posibilidad de que tras la RIO puedan ser sometidas a Radioterapia Externa en caso de que algún factor estimado para la RIO pueda variar tras su análisis; explicando así cuales son los cuidados a realizar a partir del momento en que se les comunique que van a ser sometidas a Radioterapia Externa. Damos recomendaciones sobre que tipo de cremas hidratantes son más adecuadas según el tipo de piel de la paciente (dando unas pequeñas muestras) y según la etapa de tratamiento en la que se encuentra la paciente.

Damos la oportunidad a la paciente y familiares de expresar sus dudas y cómo se sienten ante la intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Inclusión de las pacientes nuevas en la consulta de enfermería desde su implantación (grado de cumplimiento 100%): En el período desde el 01/11/2016 hasta 30/11/2017 se han incluido un total de 111 pacientes.

- % pacientes que llevan a cabo los cuidados previos y posteriores a la cirugía (98%). Del total de 111 pacientes el 98% ha realizado correctamente los cuidados previos y posteriores a la cirugía.

De las 111 pacientes, 38 han recibido Radioterapia Externa (34,234%) en el que observamos como efecto secundario:

Radiodermatitis Grado 2 (RTOG2) (Descamación Húmeda) solamente en un 10,52% de las pacientes.

Radiodermatitis Grado 1 (RTOG1) (Eritema): 34,21%

No presencia de radiodermatitis (RTG0) (Sin cambios): 55,26%

con el cumplimiento de los cuidados durante el tratamiento de Radioterapia Externa en el 100% de las pacientes sometidas a terapia

- % pacientes que disminuyen sus dudas tras el paso por la consulta de enfermería (se esperaba un 80% de las pacientes, pero tras la verbalización de sus dudas creemos que se trata de un % más elevado)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras los % obtenidos desde la implantación de la consulta el equipo de mejora creemos de vital importancia el seguimiento de esta consulta dentro de todo el proceso de la RIO.

Como aspecto pendiente faltaría crear una herramienta que nos ayudase a la valoración posterior de las pacientes, para asegurar que las dudas y ansiedad han disminuido tras el paso por la consulta.

7. OBSERVACIONES.

La fecha de inclusión de pacientes en la presentación del Proyecto es de Diciembre-2016, pero al ser algo que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0633

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

creíamos muy importante para las pacientes, se decidió ponerla en marcha en Noviembre-2016

*** ===== Resumen del proyecto 2016/633 ===== ***

Nº de registro: 0633

Título
IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

Autores:
GARCIA GIMENO BLANCA, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, CUARTERO CONEJERO ESTHER, MUÑOZ SAENZ ENCARNA, LANZUELA VALERO MANUELA, MOLINA OSORIO GUADALUPE, IBAÑEZ CARRERAS REYES, MIRANDA BURGOS ANABELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La radioterapia intraoperatoria (RIO) es una técnica que permite la administración durante la cirugía de una única dosis de radiación ionizante directamente sobre la cavidad quirúrgica con el objetivo de mejorar el control local de la enfermedad y disminuir la toxicidad por menor irradiación de tejidos sanos. Su uso se ha descrito como sobreimpresión del lecho tumoral (boost) del tratamiento convencional de radiación externa, logrando un aumento de la dosis de radiación en el volumen tumoral, o como única modalidad de radioterapia en estadios limitados del cáncer de mama.

En la actualidad en el Servicio de Oncología Radioterápica se realiza la historia médica de 1º día de las pacientes candidatas a RIO, sin tener paso por la consulta de enfermería del propio servicio. Esto presenta varios problemas:

Ausencia de participación de enfermería en la valoración inicial de las pacientes que se someterán a este tipo de técnica, lo que disminuye el reforzamiento de conocimientos de la paciente acerca de la posible toxicidad secundaria y cuidados necesarios a realizar pre y postquirúrgicos sobre el área de tratamiento.

Con la implantación de la consulta se pretende solucionar estos problemas, estableciendo una valoración por parte del personal de enfermería, ya que como integrantes del proceso pueden contribuir a explicaciones más detalladas de todos los cuidados, así como a una valoración del estado de la paciente, no solo físico sino también emocional

RESULTADOS ESPERADOS

Mayor conocimiento por parte de la paciente de todo el personal implicado en el proceso, así como dar la oportunidad a aclarar dudas y una valoración mucho más completa que abarque el aspecto no solo físico sino también emocional.

En el caso de que la indicación de RIO sea como boost conlleva una mejor preparación de la piel previo al inicio de la radioterapia adyuvante

MÉTODO

Una vez realizada la consulta médica de 1º día, las pacientes candidatas a RIO, pasaran por la consulta de enfermería, en donde se les hará una valoración física; que incluye la realización de una foto de la paciente en bipedestación con ambas extremidades superiores en jarra, para una valoración estética previa y posterior del tratamiento quirúrgico y radioterápico. Se explicaran detalladamente cuales son los cuidados a realizar previos y posteriores a la cirugía, en cual de ello deben incidir más, y dar la oportunidad a la paciente de expresar sus dudas y cómo se siente ante la intervención.

INDICADORES

- Inclusión de las pacientes nuevas en la consulta de enfermería desde su implantación (grado de cumplimiento 95%)
- % pacientes que llevan a cabo los cuidados previos y posteriores a la cirugía (Actual 0% - Esperado 90%)
- % pacientes que disminuyen sus dudas tras el paso por la consulta de enfermería (Actual 0% - Esperado 80%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0633

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

DURACIÓN

Desarrollo del contenido de los puntos a tratar en la consulta: Noviembre 2016

Implantación de la consulta de Enfermería: Noviembre 2016

Inclusión de las pacientes en la consulta de Enfermería: Diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0824

1. TÍTULO

PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE RAMON TERRE FALCON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DELGADO LAURA
GOMEZ DIAZ MARIA COVADONGA
RIVARES ESTEBAN JAVIER
ARTAL SANCHEZ RAQUEL
URGEGUI GARCIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Busqueda bibliografica para documentacion cientifica Ramon Terre Falcon
Sesiones clinicas de puesta al dia en la problemática. Javier Rivares Esteban, Raquiel Artal
Reuniones intradepartamentales de consenso terapeutico. Laura Perez Delgado
Elaboracion de documentos preliminares. Rafael Fernandez Liesa, Angel Urpegui
Redacción definitiva del protocolo Carmen Orte Aldea

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El protocolo se ha realizado mediante los pasos de elaboración anteriormente citados y actualmente se encuentra en disposición de presentación al resto del equipo ORL, mediante una sesión clínica, que se difundirá por todos los servicios implicados en el mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es conveniente conocer metodología de realización de consensos entre facultativos.
El seguimiento a largo plazo de los pacientes se hace difícil porque al tratarse de una patología banal y con buenos resultados postquirúrgicos, el numero de pacientes perdidos en las revisiones al encontrarse bien es elevado. Por lo que confirmar la mejora de los resultados después de su aplicación presenta cierta problemática que podría resolverse fácilmente con la constitución de una consulta específica de seguimiento dada la cuantía de pacientes intervenidos en nuestros centros de dicha patología

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/824 ===== ***

Nº de registro: 0824

Título
PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS

Autores:
TERRE FALCON RAMON, PEREZ DELGADO LAURA, GOMEZ DIAZ MARIA COVADONGA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, RIVARES ESTEBAN JAVIER, ARTAL SANCHEZ RAQUEL, SANCHEZ FERNANDEZ LUCIA SORAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0824

1. TÍTULO

PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS

La hipertrofia de cornetes inferiores (HCI) se define como el aumento del tamaño de los cornetes inferiores que provoca obstrucción de las fosas nasales. Es una de las causas más comunes de obstrucción nasal y constituye la octava causa de cirugía en ORL. Las principales causas de hipertrofia de cornetes inferiores bilateral es la rinitis crónica en sus diversas formas: Rinitis alérgica crónica (es la causa más frecuente, existen más de 600 millones de alérgicos). Rinitis crónica No alérgica o Vasomotora. Rinitis medicamentosa. Rinitis durante el embarazo u hormonal (menstruación). Hipertrofia turbinal relativa en una nariz estrecha. En la mayoría de las ocasiones la hipertrofia de cornetes es controlada con tratamiento farmacológico. El tratamiento médico más efectivo es la administración de corticoides tópicos (Ct) y antihistamínicos (Anhl). En el consenso de 2003 se determina que la única indicación de cirugía es el fallo del tratamiento médico. Pero existen una serie de ítems a tener en cuenta que son: 1. Que No existe consenso en la literatura de cuánto tiempo debemos mantener el tratamiento médico. 2. El proceso quirúrgico ideal debe de reducir el tamaño de los cornetes conservando su forma responsable de la dirección y formación del flujo nasal, puesto, preservar sus funciones fisiológicas al mismo tiempo que disminuya al máximo las posibles complicaciones. 3. Que No existe consenso en una técnica específica

RESULTADOS ESPERADOS

Por todo ello consideramos esencial la elaboración de un protocolo terapéutico. Los objetivos de este son: Estandarizar el tratamiento médico y quirúrgico de la HCI. Disminuir la arbitrariedad ineterfacultativa de la indicación. Estandarizar los resultados en el tratamiento quirúrgico. Mejorar la eficiencia de las actuales técnicas quirúrgicas. Disminuir el número de reintervenciones. Disminuir el gasto sanitario en esta patología aplicando aquellas medidas terapéuticas que tengan mejor índice coste - beneficio.

MÉTODO

Este protocolo tiene en cuenta la etiología subyacente a la HCI y el coste-efectividad del proceso quirúrgico. Es el siguiente:

En casos de rinitis aislada con criterios de CSI:

- HCI en rinitis alérgica: Tratamiento medicamentoso: 1. Ct durante tres meses. 2. Si no mejora iniciar tratamiento concomitante con Ct + Anhl orales durante tres meses más. 3. Tratamiento quirúrgico con AL o sedación en CSI: Radiofrecuencia. 4. Tratamiento quirúrgico con AG en CSI: - Turbinectomía parcial o submucosa endoscópica. - Turbinectomía total o sección del nervio vidiano, si no mejora con turbinectomía parcial endoscópica
- HCI en rinitis medicamentosa / hormonal: Dejar el fármaco y utilizar spray con corticoides durante 3 meses. Si no mejoría o incapaz de dejar el fármaco planteamos cirugía con AL o sedación (radiofrecuencia)
- HCI en rinitis no alérgica / vasomotora: Evitación de desencadenantes (frio /calor/picante/ fármacos) + Ct durante tres meses.
- HCI por concha bullosa: Tratamiento quirúrgico con AG en CSI (turbinectomía parcial endoscópica).

En casos de rinitis asociada a otra patología que no cumplen criterios de CSI:

HCI en rinitis alérgica + IVN por dismorfia septal: Tratamiento medicamentoso: 1. Ct durante tres meses. 2. Si no mejora iniciar tratamiento concomitante con Ct + Anhl orales durante tres meses más. Tratamiento quirúrgico con AG e ingreso de ambas patologías: Turbinectomía parcial o submucosa endoscópica + septoplastia.
HCI en rinitis alérgica + IVN por Poliposis nasosinusal: 1. Protocolo de cirugía en poliposis nasosinusal del HUMS. 2. En caso de que el paciente requiera de Tratamiento quirúrgico según nuestro protocolo: CENS para polipectomía a demanda y/o radical + Turbinectomía parcial o submucosa endoscópica.

INDICADORES

Obtendremos una base de datos de cada uno de los pacientes con dicha patología, para ulteriores estudios de eficacia y eficiencia de los procedimientos terapéuticos realizados. En caso de hacer estudios posteriores se aplicaran los indicadores de coste efectividad y eficiencia más convenientes a las características del estudio aplicado. La monitorización de los resultados se realizara mediante: La realización de la encuesta NOSE, antes y después de la cirugía, que nos informara sobre el grado de mejoría subjetiva que el paciente percibe después de la aplicación del procedimiento terapéutico. La realización de rinomanometría antes y después de la cirugía, para comprobar de una manera objetiva la mejoría en la patología.

DURACIÓN

Desde inicio de proyecto en noviembre de 2016 hasta noviembre de 2017.
11/2016: elaboración de la base de datos y remodelación del protocolo.

OBSERVACIONES

Este proyecto no incluye E. estadísticos iniciales pero si está proyectado realizarlos una vez obtenida la muestra de pacientes.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1268

1. TÍTULO

PROCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE SEVERA EN EL HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA PEREZ DELGADO
· 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
DE MIGUEL GARCIA FELIX

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de un protocolo de tratamiento de la papilomatosis laríngea recurrente y difusión del mismo:
Se realizó una revisión bibliográfica recogiendo los artículos más relevantes sobre el tema hasta la fecha, se consultó con algunos expertos y se elaboró un protocolo que se presentó en sesión clínica al Servicio de ORL.

DRA. LAURA PEREZ DELGADO
Noviembre 2016

2. Introducción de los pacientes incluidos en el protocolo en una base de datos para su estudio y seguimiento:
En diciembre de 2016 se creó una base de datos para los pacientes de la consulta de voz donde se incluyen a los pacientes de PLR.

DRA. LAURA PEREZ DELGADO / DR. FERNANDEZ LIESA

Diciembre 2016

3. Revisión periódica de los pacientes y análisis de su evolución a largo plazo:

Todos los pacientes que entran en el protocolo de PLR son controlados en consulta de voz antes y después de cada una de las intervenciones realizando un estudio de su calidad vocal que incluye videolaringoestroboscopia con grabación de la voz. Una vez que finalizan el tratamiento y están libres de enfermedad son controlados de forma anual durante 3-5 años.

DRA. LAURA PEREZ DELGADO / DR. FERNANDEZ LIESA

Diciembre 2016

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A) INDICADORES:

1.- Nº de pacientes diagnosticados de papilomatosis laríngea recurrente (PLR) en la consulta de voz del HUMS: La PLR es una enfermedad poco frecuente y su tratamiento puede llegar a ser complejo y desesperante. El objetivo final es ofrecer un tratamiento centralizado y unificado a los pacientes con papilomatosis laríngea recurrente, que mejore la eficacia en cuanto a la curación de la enfermedad y reduzca en la medida de lo posible sus complicaciones y secuelas.

2.- Nº de pacientes diagnosticados de PLR severa incluidos en el protocolo de tratamiento: El diagnóstico de papilomatosis laríngea recurrente no es suficiente para ser incluido en el protocolo de tratamiento que incluye terapia adyuvante con cidofovir. Cada paciente debe ser estudiado de forma individual y deben cumplirse una serie de indicaciones. Si el paciente es candidato a dicho protocolo, se le debe informar debidamente de los riesgos y características del tratamiento. Si éste da su consentimiento por escrito, se solicita el fármaco a farmacia y dicha solicitud será revisada y aceptada por el comité de ética del Hospital. El número de pacientes diagnosticados de PLR debe ser superior al número de pacientes diagnosticados de PLR que entran en el protocolo de tratamiento descrito.

3.- Nº de pacientes libres de enfermedad: tras el protocolo de tratamiento, los pacientes son controlados en la consulta de voz y se consideran libres de enfermedad cuando no se observan papilomas en la mucosa de la laringe durante los 12 meses posteriores a la última intervención de exéresis de los papilomas.

4.- Nº de pacientes incluidos en el protocolo de PLR severa con estudio completo de la calidad de voz antes y después del tratamiento: debido a que la enfermedad es recidivante, las múltiples intervenciones que son necesarias para su erradicación pueden dejar como secuela una mala calidad vocal o incluso insuficiencia respiratoria severa por estenosis laríngeas. El objetivo es que todos los pacientes (100%) tengan un estudio vocal, antes de iniciar el tratamiento y tras finalizar el mismo.

5.- Grado de cumplimiento del protocolo: Nº de pacientes diagnosticados de PRL severa e incluidos en el protocolo de tratamiento con cumplimiento del protocolo descrito. El objetivo es llegar a un estándar de cumplimiento del protocolo de 90%.

B) SEGUIMIENTO DE INDICADORES:

fecha de evaluación 20-12-2017

1. 6 pacientes han sido diagnosticados de papilomatosis laríngea recurrente en la consulta de voz del HUMS durante este periodo.

2. 4 pacientes fueron incluidos en el protocolo de papilomatosis laríngea recurrente del HUMS, ya que solo estos cumplían las indicaciones establecidas en el protocolo.

3. Los cuatro pacientes (100%) se encuentran en el momento actual libres de enfermedad.

4. Todos los pacientes incluidos en el protocolo (100%) tienen un estudio completo de su calidad vocal antes y después del tratamiento,

5. En los cuatro pacientes ha habido un cumplimiento de protocolo correcto (100%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta el momento los objetivos planteados al diseñar el proyecto se han alcanzado. Debido a la baja

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1268

1. TÍTULO

PROCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE SEVERA EN EL HUMS

frecuencia de la enfermedad el número de pacientes diagnosticados e incluidos en el protocolo de tratamiento es pequeño. El objetivo a largo plazo es consolidar un centro de referencia de pacientes con papilomatosis laríngea recurrente en nuestra comunidad autónoma para un tratamiento adecuado, que aumente la seguridad, mejore los resultados en cuanto a calidad vocal y reduzca las complicaciones y secuelas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1268 ===== ***

Nº de registro: 1268

Título
PROCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE EN EL HUMS

Autores:
PEREZ DELGADO LAURA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, DE MIGUEL GARCIA FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La papilomatosis respiratoria recurrente es una enfermedad relacionada con la infección del virus del papiloma humano (VPH) caracterizada por la aparición de lesiones de aspecto vegetante en el epitelio respiratorio que pueden afectar a una o ambas cuerdas vocales así como a cualquier otra localización de la vía respiratoria. Se trata de una enfermedad crónica infrecuente (4,3 por cada 100.000 niños y 1,8 por cada 100.000 adultos), pero su coste económico es alto y puede ocasionar alteraciones emocionales en los pacientes y sus familiares. Muchos de los pacientes que la padecen deben someterse a múltiples intervenciones quirúrgicas por su gran tendencia a la recidiva y las secuelas en la calidad de la voz pueden ser importantes. Existe un patrón bimodal de distribución por edades con 2 picos de edad: de 2 a 5 años y de 20 a 30 años. Existe un riesgo de malignización de las lesiones descrito en el 4% de los pacientes. A pesar de que las formas más agresivas de papilomatosis laríngea recurrente se dan en adultos, el diagnóstico antes de los 3 años de vida triplica el riesgo de necesitar más de cuatro procedimientos quirúrgicos por año y duplica el riesgo de afectación de dos o más lugares anatómicos. El tratamiento estándar actual es exéresis quirúrgica completa de los papilomas y la preservación de estructuras normales. En pacientes con afectación de la comisura anterior o posterior con papilomas de alta agresividad, el objetivo debe ser asegurar la vía aérea preservando el tejido sano para evitar complicaciones como estenosis glóticas o subglóticas, o la formación de sinequias que reduzcan el espacio glótico. Aunque la cirugía de las lesiones es el pilar del tratamiento en la papilomatosis, algunas formas de tratamiento adyuvante son necesarias en al menos el 20% de los casos. Las indicaciones más ampliamente aceptadas para la aplicación de un tratamiento adyuvante son la necesidad de más de 4 procedimientos quirúrgicos por año, el rápido crecimiento de la papilomatosis con compromiso de la vía aérea o la extensión distal multicéntrica de la enfermedad. En la actualidad el tratamiento adyuvante más utilizado a nivel mundial es el cidofovir intralesional, aunque existe controversia en cuanto a la forma de administración y sus indicaciones.

En nuestro Hospital, el cidofovir como tratamiento adyuvante en la papilomatosis laríngea recidivante fue solicitado y aprobado en el año 2013 con resultados satisfactorios. Con este proyecto trataremos de protocolizar el tratamiento de esta enfermedad basándonos en una revisión bibliográfica actualizada y nuestra experiencia en los últimos años. Se realizarán además revisiones periódicas de los pacientes incluidos en el protocolo y se revisarán los resultados a largo plazo.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo final es ofrecer un tratamiento centralizado y unificado a los pacientes con papilomatosis laríngea recurrente, que mejore la eficacia en cuanto a la curación de la enfermedad y reduzca en la medida de lo posible sus complicaciones y secuelas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1268

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE SEVERA EN EL HUMS

MÉTODO

- a) Elaboración de un protocolo de tratamiento de la papilomatosis laríngea recurrente y difusión del mismo.
- b) Introducción de los pacientes incluidos en el protocolo en una base de datos para su estudio y seguimiento.
- c) Revisión periódica de los pacientes y análisis de su evolución a largo plazo.

INDICADORES

Nº de pacientes diagnosticados de papilomatosis laríngea recurrente (PLR)

Nº de pacientes diagnosticados de PLR incluidos en el protocolo de tratamiento.

Nº de pacientes libres de enfermedad

Nº de estudios completos de la calidad de voz de los pacientes incluidos en el protocolo antes y después del tratamiento.

DURACIÓN

Elaboración de protocolo y difusión: noviembre y diciembre de 2016

Base de datos y seguimiento de los pacientes: Se realizará una revisión bianual de los pacientes incluidos en el protocolo a partir del año 2016.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1390

1. TÍTULO

INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE RAFAEL FERNANDEZ LIESA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EL UALI ABEIDA MAHFOUD
FRAILE RODRIGO JESUS JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Planificación y diseño del circuito del paciente para su ingreso en el día de la cirugía entre el Servicio de ORL coordinando la actuación entre Facultativos del Servicio, Personal de enfermería de la planta cuarta y el Servicio de Admisión (marzo 2017).
Se informó a todo el personal que participa en el proceso (abril 2017)
Puesta en marcha del nuevo sistema de ingreso en mayo de 2017
Se registraron incidencias y se realizaron ligeras modificaciones en el proceso.
Actualmente se sigue realizando el proceso de ingreso del paciente en el día de la cirugía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha reducido la estancia media que en el 2016 era de 3,57 días a la media de final de 2017 de 2,81 días

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La creación de nuevos procedimientos o la modificación de parte de algunos procesos, como es el caso de este proyecto, aporta una mejora en la calidad de atención al usuario y un uso mas eficiente de los recursos disponibles.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1390 ===== ***

Nº de registro: 1390

Título
INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Autores:
FERNANDEZ LIESA RAFAEL, DE MIGUEL GARCIA FELIX, FRAILE RODRIGO JESUS, GOMEZ DIAZ MARIA COVADONGA, PEREZ DELGADO LAURA, ELUALI MAHFOUD, TERRE FALCON RAMON, GUALLAR LARPA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del oido
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La reducción de la estancia hospitalaria aporta calidad en la atención al paciente y es mas eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir la estancia media de los pacientes programados para cirugía bajo anestesia general

MÉTODO
Servicio: Ingreso en el día de la cirugía.
Actividades:
Planificar y coordinar el circuito del paciente para su ingreso en el día de la cirugía entre el Servicio de ORL y Admisión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1390

1. TÍTULO

INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Informar a todo el personal que participa en el proceso del ingreso del paciente de las modificaciones respecto del sistema actual de ingreso. Se informa al personal de planta, personal de consultas, personal de admisión y facultativos.

Puesta en marcha del nuevo sistema de ingreso.

Registro de incidencias

Evaluación de la puesta en marcha y propuesta de modificaciones tras un mes de funcionamiento

INDICADORES

Estancia media

Número de pacientes que ingresan el día de la cirugía programada

DURACIÓN

Se ha realizado la propuesta de circuito.

Se ha comenzado su implantación en este mes.

Evaluación de la implementación inicial en mayo 2017

Modificaciones del circuito de ingreso de los pacientes Mayo 2017

Aplicación definitiva.

Evaluación de resultados: diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1392

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE JESUS JOSE FRAILE RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LEACHE PUEYO JAIME
GIL PARAISO PEDRO
LLORENTE ARENAS EVA
GUALLAR LARPA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Acción/es Desarrollo de la ficha con datos clínicos de petición de Videonistagmografía, Jesús Fraile, Febrero- Marzo 2017
2. Divulgación e implantación de la ficha, Jesús Fraile, Jaime Leache, Pedro Gil, Eva Llorente, Abril - Mayo 2017
3. Evaluación de la implementación de la Ficha
Jesús Fraile, Jaime Leache, Pedro Gil, Eva Llorente, Mayo 2017
4. Modificaciones a la ficha Jesús Fraile, María Guallar Junio 2017
5. Evaluación de resultados Jesús Fraile, Jaime Leache, Pedro Gil, Eva Llorente, María Guallar, Diciembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Febrero 2017: Desarrollo de la ficha de petición de Videonistagmografía
2. Situación inicial:
-Diciembre 2016: Número de pacientes en lista de espera de realización de Videonistagmografía: 211 pacientes
-Diciembre de 2016 Demora en la realización de Videonistagmografía: 8 meses
3. Marzo 2017: Divulgación e implantación de la ficha de petición de Videonistagmografía: incluyendo charlas presenciales y envío de una carta explicativa a cada ambulatorio y a cada Hospital del área de referencia
4. Abril 2017 Puesta en marcha y obligatoriedad de relleno de la ficha
5. Mayo 2017 Evaluación de la implementación de la ficha: 98% sin grandes problemas
6. Mayo 2017 No se hacen modificaciones sobre la ficha
Junio de 2017
7. Se realiza por parte del Hospital la compra de un aparato de Video Test de Impulso Cefálico (vHIT. Video Head Impulse TEST) que facilita, completa y hace más rápida la realización de las pruebas vestibulares.
8. Septiembre 2017 Primera evaluación de la situación:
-Número de pacientes en lista de espera de realización de Videonistagmografía: 79 pacientes
-Demora en la realización de Videonistagmografía: 4,5 meses
9. Diciembre 2017 Última Evaluación de la situación final:
-Número de pacientes en lista de espera de realización de Videonistagmografía: 38 pacientes
- Demora en la realización de Videonistagmografía: 1,5 a 2 meses

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos muy satisfechos con lo conseguido por lo que supone de mejora para los pacientes con problemas de equilibrio.
Ha sido definitivo aparte del desarrollo de la ficha de datos clínicos, la compra por parte del Hospital del aparato de Video Test de Impulso Cefálico (Video Head Impulse Test, vHIT) que hace las exploraciones más rápidas y proporciona más datos clínicos.
Además del evidente acortamiento de los plazos de espera, creemos que hemos mejorado los informes de la situación vestibular al contar con mejores datos clínicos y con el vHIT que aporta más datos para la valoración vestibular.

7. OBSERVACIONES.

La continuación natural del proyecto de mejora es definir mucho mejor las indicaciones solo de Videonistagmografía y prueba calórica (que existen todavía) y de vHIT, para realizar en días diferenciados Videonistagmografías y vHIT y mejorar todavía más la información obtenida.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1392 ===== ***

Nº de registro: 1392

Título
PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DE TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1392

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

Autores:
FRAILE RODRIGO JESUS, LEACHE PUEYO JAIME, GIL PARAISO PEDRO, LLORENTE ARENAS EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace tiempo la Videonistagmografía ha constituido la prueba fundamental para el diagnóstico etiológico de los problemas que provocan Vértigo Periférico. Hace un tiempo se describieron y se comercializaron otro tipo de pruebas que vienen a reemplazar en muchos casos la realización de una videonistagmografía, como se trata del Video Test de Impulso Cefálico (Video Head Impulse Test -vHIT) que son más rápidas y menos agresivas, pero de las que no disponemos en el Hospital Miguel Servet.
Se ha producido un incremento progresivo de las solicitudes en los últimos años que este último año ha sido exponencial.
A todo ello debemos añadir que actualmente las pruebas diagnósticas para esta patología existentes en el HUMS son las únicas funcionantes y disponibles en toda la comunidad autónoma aragonesa.
Pretendemos con este proyecto mejorar el diagnóstico de los pacientes con síndrome vertiginoso, racionalizando la petición de las pruebas incluyendo un cuestionario clínico que mejora la orientación y permite aportar más en el informe del resultado de la prueba

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GLOBAL: Mejorar la atención en pacientes con síndrome vertiginoso
Objetivos específicos:
Diseño de un cuestionario de solicitud de VNG
Reducción del tiempo de demora para realizar VNG

MÉTODO
Procedimiento para la selección de las indicaciones, aumentando la calidad de la información necesaria para la interpretación de los resultados.
Realización de la nueva solicitud de videonistamografía
Difusión por los Servicios de ORL de los Centros y Hospitales de la comunidad explicando los cambios y el protocolo diagnóstico de estos pacientes en la nueva situación

INDICADORES
Realización de la nueva solicitud de videonistamografía
Tiempo de demora en realizar una prueba vestibular:

DURACIÓN
Se ha realizado la propuesta de diseño de impreso de solicitud.
Divulgación e implantación: abril y mayo 2017
Evaluación de la implementación en mayo 2017
Modificaciones junio 2017
Aplicación definitiva.
Evaluación de resultados: diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1392

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1395

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS REALIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO "AUDIONAUTAS"

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE EUGENIO ANDRES VICENTE GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN SAMPERIZ LUIS
GUALLAR LARPA MARIA
LLORENTE ARENAS EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dar a conocer a los diferentes miembros del servicio y, sobre todo, a los otorrinolaringólogos del resto de Aragón nuestro proyecto (septiembre 2.017).
Crear un nuevo modelo de registro con muchas imágenes y muy poco texto, que permite una interpretación rápida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
40 pacientes con informe adecuado / 41 pacientes explorados en el espacio "audionautas": 97'5% cumplimiento el primer año (26-XII-17).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desarrollo incompleto del espacio audionautas por falta de acondicionamiento del despacho (lleva casi 2 años esperando). Esto puede dificultar el cumplimiento definitivo del proyecto, ya que precisamos un amueblamiento del que ahora carecemos (mesa, sillas, teléfono, ordenador, impresora, etc).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1395 ===== ***

Nº de registro: 1395

Título
CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS RELIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO "AUDIONAUTAS"

Autores:
VICENTE GONZALEZ EUGENIO, CARMEN SAMPERIZ LUIS, GUALLAR LARPA MARIA, LLORENTE ARENAS EVA, LLANO ESPINOSA MARIA, VIVES ROCOMA EMILIO, REBOLLEDO BERNAD LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con la creación del espacio "audionautas" y la dotación con diverso material del mismo, podemos efectuar diversas pruebas de audición con diferentes grados de complejidad, que antes era imposible realizar en el HUMS. Es necesario documentar adecuadamente la realización de las pruebas de audiolgía infantil

RESULTADOS ESPERADOS
La creación de un nuevo modelo de registro, nos permitirá recoger en una sola hoja toda la información de las diferentes pruebas audiológicas practicadas.

MÉTODO
Antes no disponíamos del equipamiento necesario, en consecuencia, no podíamos hacer pruebas audiológicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1395

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS REALIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO "AUDIONAUTAS"

completas; este modelo de documentación de pruebas audiológicas será de nueva implantación en el HUMS. Se va a diseñar de una manera muy sencilla, con muchas imágenes y muy poco texto. Así podrá ser rápidamente valorado por los especialistas que nos remiten a los pacientes, que al ser centro regional, son de múltiples centros hospitalarios (si bien, la mayoría de los niños se controlan en el Hospital Infantil). Dar a conocer a los diferentes miembros del servicio y, sobre todo, a los otorrinolaringólogos del resto de Aragón nuestro proyecto. Intentaremos consensuarlo con ellos.

INDICADORES

Número de pacientes que salen del espacio "audionauta" con el informe adecuado/ número de pacientes a los que realizamos las pruebas: >70% desde su puesta en marcha.

DURACIÓN

Tener su diseño entre 1-VII-17 y el 30-IX-17 y comenzar su uso continuado tras ello.
Evaluación de resultados: diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1396

1. TÍTULO

APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE FELIX DE MIGUEL 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 ISABEL
EL UALI ABEIDA MAHFOUD
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO
SEVIL NAVARRO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Divulgación entre los profesionales de los protocolos actualizados de tratamiento del carcinoma de cabeza y cuello.
- Todos los jueves laborables del año se reúne el Comité de tumores de Cabeza y Cuello a las 8 horas.
- Se presentan todos los pacientes con cáncer de laringe y faringe diagnosticados durante la semana, con su historia clínica, el diagnóstico patológico (AP), Diagnóstico de extensión (Exploración y TC).
- A cada paciente se le indica el tratamiento adecuado, según el nuevo protocolo y de acuerdo a su localización, clasificación TNM y características personales del paciente. Se consigna en la historia.
- A continuación se registran todos los pacientes presentados en la base de datos incluida en HP-Doctor por el Servicio de Informática. Deben quedar registrados los siguientes tratamientos que puedan precisar los pacientes, según la evolución que presenten a lo largo del seguimiento, durante 5 años
- Al cerrar la base de datos se genera un informe que queda colgado en la historia de intranet del paciente, en "otros informes", donde conste la filiación del paciente, las características del tumor (localización, extensión, TNM, AP) y el tratamiento que se ha decidido en el comité de tumores de C y C, de acuerdo a los nuevos protocolos
- El seguimiento de los pacientes se realizará al menos durante 5 años, o más tiempo si los pacientes presentan recidiva durante el seguimiento; o hasta el fallecimiento del paciente.
- La acción se repetirá en cada paciente cuando exista algún cambio en su evolución y precise nuevo tratamiento, durante los 5 años siguientes al último tratamiento realizado (tiempo de seguimiento).
- Trascurridos los 5 años de seguimiento, si no ha habido recidivas, el paciente se registrará como vivo y libre de enfermedad generando el consiguiente informe.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante los meses de 1 de abril a 27 de noviembre de 2017 se han presentado en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, para decidir su tratamiento y/o la solicitud de pruebas complementarias diagnósticas de acuerdo a los protocolos establecidos, los siguientes casos Clínicos:

LOCALIZACIÓN	Nº DE CASOS CLINICOS		% PRESENTADOS CTCC
Ca DE LARINGE	85	100%	
Ca DE OROFARINGE	24	100%	
Ca DE HIPOFARINGE	13	100%	
Ca DE CAVUM	5	100%	
METASTASIS CLES	10	100%	
OTROS	9	100%	

TODOS LOS CASO CLINICOS DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO VISTOS EN LA SECCIÓN FUERON PRESENTADOS Y DEBATIDOS EN EL COMITÉ DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO.

EN LOS ÚLTIMOS MESES TODOS LOS CASO CLÍNICOS PRESENTADOS SON INCLUIDOS EN LA BASE DE DATOS DEL SERVICIO, EN EL PROGRAMA hpdoctor, GENERANDO UN PEQUEÑO INFORME EN INTRANET EN LA PESTAÑA "otros informes"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Colaboración y aceptación (excelente) del proceso asistencial por parte de los FEAs de los Servicios participantes en el Comité.
- La revisión de los casos clínicos aporta una mayor calidad asistencial en el manejo de estos pacientes oncológicos.
- Los objetivos se han alcanzado al 100%
- Ha costado un poco más el conseguir la introducción de los pacientes en la base de datos de programa "hpdoctor".
- Se ha conseguido implementar que estas actividades sean habituales y obligadas con lo que se garantiza su continuidad.

7. OBSERVACIONES.

En Diciembre de 20016 se actualizaron los protocolos de diagnóstico y tratamiento de los tumores de Cabeza y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1396

1. TÍTULO

APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

Cuello. Participaron todos los Servicios que forman parte del Comité de Tumores de Cabeza y Cuello. Dichos protocolos se han colgado en la página de calidad de intranet/ subcomité de tumores de cabeza y cuello. Estos protocolos se deben revisar a los 3 años.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1396 ===== ***

Nº de registro: 1396

Título
APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

Autores:
DE MIGUEL GARCIA FELIX, ADIEGO LEZA ISABEL, EL UALI ABENIA MAHFOUD, MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO, SEVIL NAVARRO JORGE, LLANO ESPINOSA MARIA, VIVES ROCOMA EMILIO, REBOLLEDO BERNAD LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el último trimestre del año 2016, a través del Comité de tumores de cabeza y cuello, se realizó la revisión y actualización de los protocolos de tratamiento del cáncer de laringe y faringe.

Procede, por tanto, garantizar la aplicación de los protocolos más actualizados en el tratamiento de los carcinomas faringolaringeos.

RESULTADOS ESPERADOS
-El 100% de los pacientes con cáncer de faringe y laringe deben ser presentados en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello.
-Más del 95% de los pacientes presentados deben de ser registrados en la base de datos de HP Doctor.
- Más del 95% de los casos deben haber generado un informe en intranet, en la ventana otros informes, donde se recoja cada tratamiento aplicado y las características de cada caso.

MÉTODO
Aplicar los protocolos revisados.
Tener un registro de los mismos.
- Divulgación entre los profesionales de los protocolos actualizados de tratamiento del carcinoma de cabeza y cuello.
-Todos los jueves laborables del año se reunirá el Comité de tumores de Cabeza y Cuello a las 8 horas.
-Se presentarán todos los pacientes con cáncer de laringe y faringe diagnosticados durante la semana, con su historia clínica, el diagnóstico patológico (AP), Diagnóstico de extensión (Exploración y TC).
-A cada paciente se le indicará el tratamiento adecuado, según el nuevo protocolo y de acuerdo a su localización, clasificación TNM y características personales del paciente. Se consignará en la historia.
- A continuación se registrarán todos los pacientes presentados en la base de datos incluida en HP-Doctor por el Servicio de Informática. Deben quedar registrados los siguientes tratamientos que puedan recibir los pacientes, según la evolución que presenten a lo largo del seguimiento, durante 5 años
- Al cerrar la base de datos se generará un informe que quedará colgado en la historia de intranet del paciente, en "otros informes", donde conste la filiación del paciente, las características del tumor (localización, extensión, TNM, AP) y el tratamiento que se ha decidido en el comité de tumores de Cy C, de acuerdo a los nuevos protocolos
- El seguimiento de los pacientes se realizará al menos durante 5 años, o más tiempo si los pacientes presentan recidiva durante el seguimiento; o hasta el fallecimiento del paciente.
-La acción se repetirá en cada paciente cuando exista algún cambio en su evolución y precise nuevo tratamiento, durante los 5 años siguientes al último tratamiento realizado (tiempo de seguimiento).
- Trascurridos los 5 años de seguimiento, si no ha habido recidivas, el paciente se registrará como vivo y libre de enfermedad generando el consiguiente informe.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1396

1. TÍTULO

APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

INDICADORES

% de los pacientes con cáncer de faringe y laringe deben ser presentados en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello.
% de los pacientes presentados deben de ser registrados en la base de datos
% de los casos deben haber generado un informe en intranet

DURACIÓN

Divulgación entre los profesionales de los protocolos en el mes de mayo.
Inicio de las actividades descritas en junio de 2017.
Evaluación al final del año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0016

1. TÍTULO

TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE DANIEL PALANCA ARIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MADURGA REVILLA PAULA
GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO
DOMINGUEZ CAJAL MERCEDES
GIL HERNANDEZ IRENE
CORELLA AZNAR ELENA
GASTON MOLINA MARIA ISABEL
GUTIERREZ LIZARRAGA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha promovido el uso y la importancia de la ecografía en las UCIPs con exposiciones y material docente al personal de la Unidad mediante la realización de talleres prácticos de simulación con gelatinas/globos con ecógrafo de la Unidad.

Se realizó docencia mediante una presentación en formato PWP previo al taller en modelo artificial que se comprobó asistencia mediante firmas.

Se ha promovido la participación de Enfermería/Médicos/Residentes mediante la asistencia a Cursos y Congresos sobre Ecografía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Enero de 2017 se ha conseguido que el personal habitual (auxiliares y enfermería) que trabaja en la Unidad localice las estructuras vasculares y usen el ecógrafo conociendo la "nobology" (botones) que son de utilidad de cara al equipo médico cuando precise apoyo.
Se ha fomentado mediante talleres en horario laboral el conocimiento y práctica por parte del personal de Enfermería de UCIP y EIR en canalización ecoguiada de PICC en modelo artificial tras haber recibido taller teórico-práctico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha creado cultura en conocimiento y uso del ecógrafo para animar a los trabajadores a incorporarlo a la práctica diaria así como en ayudar al médico durante la preparación y técnica de accesos vasculares centrales.

No ha sido posible demostrar una habilidad y destreza suficiente durante este tiempo como para poder realizar en algún paciente y bajo supervisión de un médico de la Unidad, canalizar un dispositivo PICC. En parte por la falta de material de estos dispositivos (tamaños según edad pediátrica y escasos casos)

La encuesta de valoración se hizo de forma verbal tras el taller práctico comentando los pros y contras de la nueva técnica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/16 ===== ***

Nº de registro: 0016

Título
TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

Autores:
PALANCA ARIAS DANIEL, MADURGA REVILLA PAULA, GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO, DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES, GIL HERNANDEZ IRENE, CORELLA AZNAR ELENA, GASTON MOLINA MARIA ISABEL, GUTIERREZ LIZARRAGA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0016

1. TÍTULO

TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El acceso venoso es de suma importancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. En especial para pacientes que vayan a precisar catéteres venosos centrales (CVC) de larga duración como: pacientes oncológicos, que precisen NPT, dispongan de un capital venoso limitado o bien tengan riesgo de insertar un CVC. En otras ocasiones los fármacos utilizados son irritantes, con gran osmolaridad, producen dolor, hipersensibilidad, hiperpigmentación, que puede llevar a una lesión de la vena y/o de la extremidad. Por todo ello, cada vez es más frecuente la canalización de Catéter Central Inserción Periférica también conocidos como (PICC). Dicha técnica consiste en la implantación de un catéter central, partiendo de un acceso periférico, hasta llegar a la vena cava superior, con medidas estrictas de esterilidad. En Mayo 2016 se solicita desde la Enfermería de UCIP material, para disponer de este tipo de catéteres y se contacta con diversas casas comerciales debido a la falta de material. Los dispositivos a emplear (PICC) pueden ser de diversos materiales en función del tiempo de duración de los mismos. Su complejidad es menor a la hora de instaurarlos, siendo más duraderos y con un menor riesgo de infección. A nivel terapéutico, además, se puede aplicar cualquier tipo de medicamento. La canalización de procedimientos ecoguiados tiene un interés creciente no sólo en el ámbito médico sino en enfermería. Tras la reciente experiencia en nuestra Unidad en canalizar CVC mediante ecografía y la difusión cada vez más extensa en las diferentes UCIPs nacionales, se observa la necesidad de instaurar este procedimiento en enfermería por sus beneficios sobre la técnica clásica "a ciegas" y sobre los catéteres centrales en algunos pacientes. Como toda técnica nueva es necesaria una experiencia previa mediante talleres y docencia. Debemos poner todas las posibilidades y novedades tecnológicas que dispongamos en nuestro medio para atender al paciente lo mejor posible con el mínimo sufrimiento. Evitar errores y minimizar el dolor son los beneficios de la ecografía para localizar y acceder con exactitud a las venas, en especial en los pacientes de ingreso de larga duración, oncológicos y en aquellos con dificultades en técnica venosa periférica. Mediante ecografía podemos ver el diámetro, profundidad y dirección de los vasos, obtener una mayor precisión y seguridad. Por otra parte, el uso del ecógrafo por enfermería puede ser de utilidad para otros procedimientos comunes (sondaje vesical, apoyo al equipo médico, etc)

RESULTADOS ESPERADOS

Proporcionar los conocimientos y habilidades prácticas que permitan a los profesionales que trabajan en la Unidad para llevar a cabo un examen ecográfico básico en la evaluación diagnóstica del paciente crítico pediátrico, que asista su toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Comprender los usos y limitaciones de la ecografía. Implementar la ecografía como herramienta clínica en el manejo del paciente crítico pediátrico. Realizar un estudio anatómico y funcional hemodinámico. Realizar exploración vascular ecográfica y canalización ecoguiada de venas centrales y periféricas centralizadas. Conocimiento y práctica por parte del personal de Enfermería de UCIP y EIR en canalización ecoguiada de PICC en modelo artificial tras haber recibido taller teórico-práctico. Crear cultura en conocimiento y uso del ecógrafo para animar a los trabajadores a incorporarlo a la práctica diaria.

MÉTODO

Promover uso y la importancia de la ecografía en las UCIPs con exposiciones y material docente al personal de la Unidad. Realización de talleres prácticos de simulación con gelatinas/globos con ecógrafo de la Unidad. Promover la participación de Enfermería/Médicos/Residentes mediante la asistencia a Cursos y Congresos sobre Ecografía. El equipo médico y una residente de 4º año se encargarán de fomentar la docencia y talleres coordinados por el responsable del proyecto. Una auxiliar se encargará de la preparación del taller de simulación.

INDICADORES

Evaluación de la actividad docente: a través de encuesta anónima realizada por los alumnos.
Evaluación del alumno: control de asistencia mediante firmas.

DURACIÓN

Promover y desarrollar el uso del ecógrafo durante el año 2016-2017 en nuestra Unidad con sesiones teórico-prácticas trimestrales durante el horario de trabajo si lo permite la carga de trabajo y sino fuera del horario laboral. Taller teórico "Utilidades de la ecografía e introducción a los ultrasonidos. Ecocardio funcional. Ecografía vascular".
Talleres prácticos: "Exploración vascular. Canalización ecoguiada" (2-4h) y práctico (4-6h): modelo de pavo con clips y gelatina con globos".

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0016

1. TÍTULO

TALLER DE PUNCIÓN VASCULAR Y CANALIZACIÓN DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0017

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ARIADNA AYERZA CASAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ RAMON MARTA
JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Identificación de población susceptible de mejora (pacientes pediátricos remitidos para estudio cardiológico desde Atención Primaria y diagnosticados de soplo inocente).
- Elaboración de hoja de recomendaciones estandarizada realizada con la colaboración y el consenso de todo el equipo de mejora.
- Difusión de este nuevo proyecto de mejora de calidad entre todo el personal que atiende a los pacientes seleccionados para reforzar en lo posible la información a estos pacientes.
- Difusión de hoja de recomendaciones entre las personas implicadas en su entrega.
- Creación de carpeta de documentos en los dispositivos informáticos que se utilizan habitualmente (ordenadores de las diferentes consultas) para tener disponible el documento y ser entregado con facilidad por el personal.
- Impresión de hojas de recomendaciones.
- Entrega de la nueva hoja de recomendaciones elaborada a todos los niños diagnosticados de soplo inocente desde Enero 2017, tras explicar de forma verbal toda la información acerca del diagnóstico y pasos a seguir.
- Seguimiento de los pacientes para ver los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Enero de 2017 se ha comenzado a entregar la nueva hoja de recomendaciones que se ha elaborado y que incluye información general para pacientes pediátricos remitidos para estudio cardiológico y diagnosticados de soplo inocente. Se han atendido 1961 primeras visitas de Atención Primaria, con diagnóstico de soplo inocente en aproximadamente el 60% (unos 1176 pacientes candidatos a la entrega de la hoja)

Se ha entregado la información a prácticamente todos los pacientes atendidos que han cumplido dichas características.

En ningún caso, los padres han precisado contactar o ser de nuevo evaluados por dudas acerca del diagnóstico de los pacientes.

INDICADORES

- Entrega de hoja de recomendaciones a padres/tutores de pacientes pediátricos enviados para valoración cardiológica y diagnosticados de soplo inocente, aproximadamente 1058 (90%)
- Comprobar si se han producido consultas por dudas acerca del diagnóstico de estos pacientes tras entrega de la hoja de recomendaciones (0 casos) (100%)
- Detección de problemas o dudas que han surgido en el ámbito extrahospitalario tras la visita (0 casos) 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo valora de forma muy positiva la inclusión de una hoja de recomendaciones en una patología banal de alta prevalencia en la consulta de Cardiología Pediátrica como es el soplo inocente. Este diagnóstico genera una elevada preocupación inicial en los padres del paciente, por lo que es preciso dejar clara la información acerca de este proceso, ya que es benigno y no precisa nuevas reevaluaciones. El hecho de entregar la información por escrito tras darla verbalmente, hace que se unifique la información entre los diferentes facultativos y genera una mayor tranquilidad al alta en los familiares. Se trata de un proyecto sostenible que se puede seguir llevando a cabo en la consulta sin implicar un mayor tiempo de atención ni un coste adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/17 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0017

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Nº de registro: 0017

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Autores:
AYERZA CASAS ARIADNA, LOPEZ RAMON MARTA, JIMENEZ MONTAÑES LORENZO, PALANCA ARIAS DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los soplos cardiacos suponen un importante elemento diagnóstico para detectar la presencia de un defecto del corazón. Los soplos llamados inocentes o no patológicos se encuentran en un gran porcentaje de niños a lo largo de la edad pediátrica (50-96%). El diagnóstico erróneo de un soplo normal como patológico puede provocar efectos adversos psicológicos tanto en la familia como en el niño, con gran ansiedad familiar que aumenta el número de reconsultas. Por el contrario, no identificar el soplo patológico puede retrasar una intervención o tratamiento que sea vital para el paciente.
Dado que el soplo es fácil de auscultar con el fonendoscopio en la consultas de Atención Primaria y que la ecocardiografía es una técnica con elevada inocuidad, disponibilidad y resultados inmediatos, el soplo cardiaco constituye el primer motivo de derivación a la consulta de Cardiología Pediátrica.
Actualmente en nuestro hospital se atienden unas 1500-2000 primeras visitas anuales en la consulta de Cardiología Pediátrica, en la gran mayoría, el motivo de derivación es la auscultación de un soplo cardiaco. En los últimos años se ha creado una consulta de Alta Resolución que incluye: anamnesis, exploración física, realización de electrocardiograma y ecocardiograma, así como un informe al paciente y/o sus familiares con el resultado de las pruebas realizadas y el diagnóstico final, por lo que los pacientes que son derivados por soplo y se diagnostican de Soplo inocente son dados de alta con todas las pruebas complementarias realizadas en la primera y teóricamente única visita. Aunque se informa verbalmente a todos los padres y pacientes del carácter benigno del soplo cardiaco, sigue siendo un diagnóstico que genera gran ansiedad familiar. Además, dada la amplia cantidad de información que se aporta puede hacer que surjan dudas que hace que aumenten las reconsultas tanto en Atención Primaria como en la consulta de Cardiología Pediátrica. Por otra parte, el hecho de que los pacientes que llegan a consulta sean atendidos por diferentes profesionales, hace que la información aportada no siempre sea completamente homogénea.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aportar información suficiente para que los pacientes y/o sus familiares entiendan en qué consiste un soplo inocente.
- Proporcionar una información que sea excelente y uniforme acerca de la evolución del soplo inocente y de todas aquellas modificaciones que puedan aparecer en el transcurso del tiempo.
-Incrementar la seguridad en estos pacientes y/o sus familiares para poder dar el alta definitiva tras el estudio cardiológico.
- Con todo lo anterior se pretende disminuir el número de reconsultas que surgen por dudas y ansiedad familiar ante el diagnóstico de soplo inocente.

MÉTODO
Elaborar una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes pediátricos derivados para estudio por soplo, que son atendidos en la consulta de Cardiología Pediátrica y que son diagnosticados de soplo inocente, que refuerce la información oral facilitada en la consulta, y que incluya una explicación fácil de entender, modificaciones que pueden aparecer en el transcurso del tiempo y resolución de dudas habituales.
Se realizará con la colaboración y el consenso de todos los miembros del Equipo de Mejora para garantizar una información detallada y uniforme al paciente y/o representante legal y se entregará junto con el informe de alta de consultas externas y siempre tras la información verbal y la resolución de dudas que pudiesen surgir. Se difundirá esta hoja informativa a los profesionales implicados en el cuidado de estos pacientes.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0017

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:?

- Revisión de las historias clínicas de los niños atendidos por soplo cardiaco en la consulta de cardiología pediátrica y diagnosticados de soplo inocente desde la implantación de este proyecto para comprobar que consta que se entrega la hoja de recomendaciones tras el alta de la misma.

- ¿Comprobar que no se han producido consultas para resolución de dudas ante el diagnóstico de soplo inocente y que no se han reenviado pacientes por el mismo motivo desde las consultas de Atención Primaria tras la implantación del proyecto.

DURACIÓN

El proyecto tiene una duración de un año para realizar en primer lugar la elaboración de los nuevos documentos de recomendaciones y en segundo lugar su difusión a la población susceptible.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0067

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE MARTA LOPEZ RAMON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYERZA CASAS ARIADNA
PALANCA ARIAS DANIEL
JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las siguientes actividades:

- Identificación de población susceptible de mejora: pacientes pediátricos valorados en la consulta de Cardiología Pediátrica a los que se les solicita una prueba de esfuerzo.
- Elaboración de una hoja de recomendaciones estandarizada realizada con la colaboración y el consenso de todo el equipo de mejora.
- Difusión de este nuevo proyecto de mejora de calidad entre todo el personal que atiende a los pacientes seleccionados para reforzar en lo posible la información a estos pacientes.
- Difusión de hoja de recomendaciones entre las personas implicadas en su entrega.
- Creación de carpeta de documentos en los dispositivos informáticos que se utilizan habitualmente (ordenadores de las diferentes consultas) para tener disponible el documento y ser entregado con facilidad por el personal.
- Impresión de hojas de recomendaciones.
- Entrega de la nueva hoja de recomendaciones elaborada a todos los pacientes a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo desde Enero 2017, tras explicar de forma verbal toda la información acerca de la prueba, dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría
- Seguimiento de los pacientes para ver los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Enero de 2017 se ha comenzado a entregar la nueva hoja de recomendaciones que se ha elaborado que aporta la información necesaria para que los pacientes y familiares entiendan en qué consiste la prueba a la que van a ser sometidos y acudan en condiciones apropiadas para la realización de la misma.
Se ha entregado la información a todos los pacientes a los que se les ha realizado una prueba de esfuerzo durante el año 2017, que han sido 31 pacientes.

En ningún caso, los padres han precisado contactar por dudas acerca de la realización de la prueba ni se han producido demoras debidas a la no localización de la sala de ergometría por parte de pacientes y familiares

EVALUACION DE INDICADORES

- Entrega de hoja de recomendaciones a padres/tutores de pacientes pediátricos a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo: 100%
- Comprobar que no se han producido faltas de asistencia secundarias a una información deficitaria desde el inicio del proyecto (0 casos) (100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo valora de forma muy positiva la inclusión de una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes atendidos en la consulta de Cardiología Pediátrica a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo o ergometría que refuerce la información oral facilitada en la consulta, y que incluya información del procedimiento, dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría. El hecho de entregar la información por escrito tras darla verbalmente, hace que se unifique la información entre los diferentes facultativos y no dé lugar a dudas a los familiares, también evita la demoras debidas a la no localización de la sala de ergometría. Se trata de un proyecto sostenible que se puede seguir llevando a cabo en la consulta sin implicar un mayor tiempo de atención ni un coste adicional.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0067

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

*** ===== Resumen del proyecto 2016/67 ===== ***

Nº de registro: 0067

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

Autores:
LOPEZ RAMON MARTA, AYERZA CASAS ARIADNA, JIMENEZ MONTAÑES LORENZO, PLANCA ARIAS DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La ergometría, también conocida como prueba de esfuerzo, es una prueba diagnóstica muy utilizada en Cardiología. Consiste en la realización de ejercicio físico en tapiz rodante mientras se monitoriza el ritmo del corazón y la presión arterial. En Cardiología Pediátrica esta prueba aporta información de la capacidad funcional, evalúa signos o síntomas inducidos por el esfuerzo y la aparición de arritmias o de isquemia. Es una prueba donde la colaboración del paciente es fundamental por lo que es muy importante explicar al niño y familiares en qué consiste la prueba (monitorización necesaria, tipo de ejercicio, duración aproximada...). Además, previo a la realización de la prueba es importante dar la información necesaria al paciente y/o familiares relativa a la dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría. Esta información que se realiza actualmente de forma oral y por distintos profesionales debería de ser completa y uniforme.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aportar la información necesaria para que los pacientes y familiares entiendan en qué consiste la prueba a la que van a ser sometidos y acudan en condiciones apropiadas para la realización de la misma.
- Proporcionar una información clara y uniforme.
- Reducir la ansiedad del paciente y familiares ante la realización de una prueba desconocida que requiere colaboración por parte del paciente.
- Evitar demoras debidas a la no localización de la sala de ergometría por parte de pacientes y familiares.

MÉTODO

Elaborar una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes atendidos en la consulta de Cardiología Pediátrica a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo o ergometría que refuerce la información oral facilitada en la consulta, y que incluya información del procedimiento, dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría. Se realizará con la colaboración y el consenso de todos los miembros del Equipo de Mejora para garantizar una información detallada y uniforme al paciente y/o representante legal y siempre tras la información verbal y la resolución de dudas que pudiesen surgir. Se difundirá esta hoja informativa a los profesionales implicados en el cuidado de estos pacientes.

INDICADORES

- Revisión de las historias clínicas de los pacientes a los que se les ha solicitado una ergometría desde el inicio del proyecto y comprobar que consta la entrega de la hoja informativa.
- Comprobar que no se han producido faltas de asistencia secundarias a una información deficitaria desde el inicio del proyecto.

DURACIÓN

El proyecto tendrá una duración de un año para realizar en primer lugar la elaboración de los nuevos documentos de información y recomendaciones y en segundo lugar su difusión a la población susceptible.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0067

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0167

1. TÍTULO

CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA FERRER LOZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO
LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En marzo de 2016 se puso en marcha la consulta para pacientes oncológicos con secuelas endocrinológicas, un miércoles de cada mes en horario de 10 a 13 hs.
Previamente se realizaron los protocolos de seguimiento de las patologías endocrinológicas más frecuentes en estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre marzo de 2016 y Enero de 2017 se han realizado 190 consultas, 21 nuevas
169 sucesivas
Índice sucesivas/primeras. 8

Las patologías más frecuentes han sido tumores del SNC con déficits hormonales (generalmente panhipopituitarismos) seguidos de leucemias/linfomas.

Disminución del número de consultas al hospital de estos pacientes ya que se hace coincidir el día de la visita con la cita de oncopediatria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de la unidad respecto a la puesta en marcha de esta consulta es muy positiva. Se atiende a pacientes con patologías complejas que requieren alto grado de especialización y mayor tiempo de consulta.
La satisfacción de los pacientes es mayor (pendiente encuesta) pues se hace coincidir la visita con una de las citas programadas en oncopediatria de manera que disminuyen las visitas al hospital.
Mejora de la comunicación con la unidad de oncopediatria al estar citados el mismo día.

7. OBSERVACIONES.

Pendiente de evaluar la actividad de la consulta por patologías

*** ===== Resumen del proyecto 2016/167 ===== ***

Nº de registro: 0167

Título
CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS

Autores:
FERRER LOZANO MARTA, DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO, LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO, MUÑOZ MELLADO ASCENSION, RODRIGUEZ VIGIL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes oncológicos presentan un elevado índice de secuelas endocrinológicas a corto, medio y largo plazo. Estas secuelas afectan tanto al crecimiento como al desarrollo puberal y al funcionamiento de otros ejes hormonales. Especialmente, los niños afectados de tumores cerebrales y sometidos a Cirugía y/o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0167

1. TÍTULO

CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS

radioterapia son los que presentan las secuelas más importantes. Debido al aumento de incidencia de estos tumores en Pediatría y a que la unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Infantil Miguel Servet es centro de referencia para Aragón, La Rioja y Soria, en los últimos años, ha aumentado el número de pacientes remitidos a consulta de Endocrinología Pediátrica por este motivo. Estos pacientes presentan una patología hormonal múltiple y compleja, que requiere mayor tiempo de atención y un seguimiento más exhaustivo. Por otra parte, es deseable coordinar las visitas de las consultas de Endocrinología y Oncología pediátricas para disminuir la frecuentación de visitas hospitalarias y evitar desplazamientos a los pacientes que viven en otras ciudades o comunidades autónomas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar una consulta monográfica de pacientes con secuelas endocrinológicas secundaria a patología tumoral.
- Realizar protocolos de seguimiento de las patologías endocrinológicas que afectan a estos pacientes.
- Aumentar el tiempo de visita dedicado por paciente.
- Realizar visitas conjuntas entre los especialistas de Endocrinología y Oncología Pediátrica.
- Disminuir el número de desplazamientos de los pacientes al hospital.
- Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y sus familiares.

MÉTODO

- Programar la consulta monográfica de pacientes con secuelas endocrinológicas secundaria a patología tumoral, junto con la Unidad de citaciones. Se realizará un miércoles de cada mes, siendo codificada como IENDONC en horario de 10:00 a 13:00 con 2 primeras visitas y 7 revisiones.
(Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta)

- Realizar protocolos de seguimiento de las patologías endocrinológicas que afectan a estos pacientes. (Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta, Ascensión Muñoz, Carmen Rodríguez)

- Evaluar la actividad de la consulta durante el primer año de funcionamiento de la misma.
(Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta)

- Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes.
(Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta)

INDICADORES

- Analizar la actividad de la consulta al año de su implantación: revisión de número de pacientes atendidos, índice de primeras/sucesivas y tiempo de demora.
- Revisar en la base de datos de la consulta de Endocrinología Pediátrica la patología atendida: motivo de consulta, diagnóstico y tratamientos recibidos.
- Evaluar el grado de satisfacción tanto de los pacientes como de sus familiares mediante realización de encuestas.

DURACIÓN

- Apertura de agendas en el mes de septiembre de 2016, con realización de consulta monográfica mensual.
- Evaluación de la actividad realizada en septiembre de 2017.
- Realización de encuestas de satisfacción de forma sucesiva (según acudan los pacientes) desde junio a diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO9001 DE LA UCI NEONATAL

Fecha de entrada: 20/02/2019

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.
FUERTES ARAGÜES ELENA
CURTO SIMON ELENA
PINILLOS PISON RAQUEL
TORRES CLAVERAS SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2018 se ha llevado a cabo la adaptación de la UCI de Neonatología a la norma ISO9001 de 2015. Para ello hemos puesto en marcha:

- La gestión del riesgo en la Unidad, con la elaboración de un documento de Gestión del Riesgo, la matriz de riesgos y la elaboración en el mismo de planes de prevención y contingencia.
 - Se ha puesto en marcha en relación con la gestión del riesgo el sistema de Notificación de errores adversos con la elaboración de una ficha adaptada a las peculiaridades del paciente neonatal. Gran acogida del proyecto con asistencia importante en la sesión de apertura y hasta 30 notificaciones en los 3 últimos meses del año 2018 cuando arrancó el proyecto. Se han programado reuniones cada 3 meses para evaluación de las notificaciones y establecer soluciones de mejora.
- Se ha realizado, además:
- Actualización documental.
 - Cierre no conformidades de auditorias interna / externa 2018
 - Cumplimentación del cuadro de indicadores 2018, detectándose dos desviaciones, una de ellas especialmente significativa en relación con la temperatura de ingreso del paciente prematuro que nos obliga a plantear un objetivo en 2019 para su corrección.
 - Revisión de Objetivos 2018, teniendo que incidir nuevamente en una revisión más a fondo de la prevención de la infección nosocomial, por lo que dicho objetivo se replanteará en 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Adaptación a la norma ISO9001:2015 realizada, documentación actualizada.
Puesta en marcha del sistema de notificación de eventos adversos.
Auditoria 2018 satisfactoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aplicación de la norma ISO9001 nos ha permitido detectar de una forma más objetiva nuestras desviaciones y adoptar medidas para solventarlas. Buen cumplimiento de indicadores y objetivos de 2018, si bien debemos reincidir en el objetivo de reducir la infección nosocomial en la Unidad.

7. OBSERVACIONES.

No.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/230 ===== ***

Nº de registro: 0230

Título
CONSOLIDACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN LA UCI DE NEONATOLOGIA Y EJECUCION DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL 2016-2017 EN EL SISTEMA DE CALIDAD DE LA UNIDAD

Autores:
RITE GRACIA SEGUNDO, FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA, PINILLOS PISON RAQUEL, TORRES CLAVERAS SONIA, CURTO SIMON BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO9001 DE LA UCI NEONATAL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La UCI de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet ha recibido en el presente año la certificación ISO9001.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la UCI de Neonatología para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales. Nuestro planteamiento es la revisión continua de los procesos de la Unidad, los indicadores (con revisión semestral / anual), cumplimiento de los objetivos pactados para el año 2016, así como resolución de las no conformidades surgidas.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la consolidación de la certificación ISO 9001 se pretende mejorar el sistema de gestión de calidad de la UCI de Neonatología, en especial en el cumplimiento de los objetivos pactados y resolución de las no conformidades así como en el análisis de los indicadores para tratar de mejorar las desviaciones.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditoría, resultado de seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

- Cumplimiento de los Objetivos 2016: Supervisión Segundo Rite Gracia.
- Recogida semestral / anual Indicadores: Supervisión Raquel Pinillos Pisón.
- Revisión Incidencias / No conformidades: María Elena Aragüés Fuertes.
- Actualización de procedimientos operativos / protocolos asistenciales / instrucciones técnicas: Sonia Torres Claveras y Beatriz Curto Simón.

INDICADORES

- 1) Consecución del Objetivo: Consolidación de la certificación ISO 9001 en la UCI de Neonatología (actualización de procesos, resolución incidencias / no conformidades, revisión objetivos anuales, cumplimentación cuadro indicadores y análisis de desviaciones).
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. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.
- 2) Dentro de los objetivos concretos en 2016 y extensible a 2017 se encuentra el de Reducción de las tasas de Infección nosocomial en recién nacidos con peso menor de 1500 gramos al nacimiento. Indicador: Número de episodios de infección nosocomial en recién nacidos con peso al nacimiento inferior a 1500 gramos / Número total de recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados.
ESTÁNDAR: <15%.
- 3) Cuadro de Indicadores del sistema de Gestión ISO 9001 de la UCI de Neonatología (13 indicadores, con estándar, responsable y periodicidad de su evaluación establecida).

DURACIÓN

Auditoría interna: Febrero / Abril 2017.
Revisión por la Dirección: Abril 2017.
Auditoría Externa: Mayo / Junio 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoría interna: Abril - Diciembre 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoría externa: Junio - Diciembre 2017.
Formación de los profesionales y sesiones de servicio: Febrero 2017.
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Julio 2017 y Enero 2018.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017 / Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO 9001 DE LA UCI NEONATAL

Fecha de entrada: 07/02/2018

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.
FUERTES ARAGÜES ELENA
PINILLOS PISON RAQUEL
CURTO SIMON BEATRIZ
TORRES CLAVERAS SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Adaptación a la nueva norma ISO9001:2015 con la elaboración de los documentos de Gestión del Riesgo en la UCI de Neonatología, Matriz de Análisis del Entorno, Matriz de Riesgos con planes de prevención / contingencia y documento de Gestión de la Comunicación en la UCI de Neonatología.
- Actualización documental.
- Cierre y revisión de las No conformidades 2017.
- Cuadro de Indicadores 2017.
- Revisión Objetivos 2017.
- Programa Formación ISO UCI Neonatal año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Adaptación a la norma 2015 con auditoria interna satisfactoria en este aspecto (30 enero 2018, auditor jefe: Carlos Lapresta), pendiente auditoria interna (previsible en abril 2018, pendiente definir fecha).
- Certificación 2017 y en camino la certificación 2018 tras la adaptación a la norma.
- Cuadro de indicadores óptimo, planteando nuevas no conformidades / objetivos para 2018 en aquellos con desviación significativa.
- Revisión Objetivos 2018:
1) Altas UCIN neonatal antes de las 14 horas: Cumplimiento adecuado.
2) Infección nosocomial: Abierta no conformidad para replantear el objetivo y establecer nuevas estrategias para mejorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración muy positiva de la implementación de la norma ISO9001 en la UCI de Neonatología, permitiendo detectar de una forma más objetiva nuestras desviaciones y adoptar medidas para solventarlas.
Cumplimiento significativo de indicadores / objetivos, aunque como se ha señalado la revisión de estos últimos nos ha permitido establecer la necesidad de avanzar en relación a la prevención de la infección nosocomial.

7. OBSERVACIONES.
En estos momentos está pendiente la revisión por la Dirección / Auditoria externa.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/230 ===== ***

Nº de registro: 0230

Título
CONSOLIDACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN LA UCI DE NEONATOLOGIA Y EJECUCION DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL 2016-2017 EN EL SISTEMA DE CALIDAD DE LA UNIDAD

Autores:
RITE GRACIA SEGUNDO, FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA, PINILLOS PISON RAQUEL, TORRES CLAVERAS SONIA, CURTO SIMON BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO 9001 DE LA UCI NEONATAL

PROBLEMA

La UCI de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet ha recibido en el presente año la certificación ISO9001.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la UCI de Neonatología para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales. Nuestro planteamiento es la revisión continua de los procesos de la Unidad, los indicadores (con revisión semestral / anual), cumplimiento de los objetivos pactados para el año 2016, así como resolución de las no conformidades surgidas.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la consolidación de la certificación ISO 9001 se pretende mejorar el sistema de gestión de calidad de la UCI de Neonatología, en especial en el cumplimiento de los objetivos pactados y resolución de las no conformidades así como en el análisis de los indicadores para tratar de mejorar las desviaciones.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditoría, resultado de seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

- Cumplimiento de los Objetivos 2016: Supervisión Segundo Rite Gracia.
- Recogida semestral / anual Indicadores: Supervisión Raquel Pinillos Pisón.
- Revisión Incidencias / No conformidades: María Elena Aragüés Fuertes.
- Actualización de procedimientos operativos / protocolos asistenciales / instrucciones técnicas: Sonia Torres Claveras y Beatriz Curto Simón.

INDICADORES

- 1) Consecución del Objetivo: Consolidación de la certificación ISO 9001 en la UCI de Neonatología (actualización de procesos, resolución incidencias / no conformidades, revisión objetivos anuales, cumplimentación cuadro indicadores y análisis de desviaciones).
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. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.
- 2) Dentro de los objetivos concretos en 2016 y extensible a 2017 se encuentra el de Reducción de las tasas de Infección nosocomial en recién nacidos con peso menor de 1500 gramos al nacimiento. Indicador: Número de episodios de infección nosocomial en recién nacidos con peso al nacimiento inferior a 1500 gramos / Número total de recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados.
ESTÁNDAR: <15%.
- 3) Cuadro de Indicadores del sistema de Gestión ISO 9001 de la UCI de Neonatología (13 indicadores, con estándar, responsable y periodicidad de su evaluación establecida).

DURACIÓN

Auditoría interna: Febrero / Abril 2017.
Revisión por la Dirección: Abril 2017.
Auditoría Externa: Mayo / Junio 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoría interna: Abril - Diciembre 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoría externa: Junio - Diciembre 2017.
Formación de los profesionales y sesiones de servicio: Febrero 2017.
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Julio 2017 y Enero 2018.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017 / Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0301

1. TÍTULO

CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCO PEDIATRICOS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE RICHARD BERENGUEL LOVACO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
UNZUETA SALVADOR BEGOÑA
GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA DE LOS ANGELES
GORRIZ BARBERO ROSA MARIA
JARNE NIVELA CRISTINA
BARRIOS GUALLAR ANA CRISTINA
MONGE FERRER MARIA ESTHER
MUÑOZ MELLADO ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Impresión de cartilla de seguimiento.
Información al personal del procedimiento a seguir con la cartilla, entregándose, en el momento de implantación del reservorio, a los padres, e informando de la necesidad de portar el documento, en cada intervención sobre el dispositivo que realice enfermería.
Registro de los pacientes a los que se entrega el documento.
Cumpliendo el calendario presentado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de profesionales que consideran útil la herramienta: 19
Nº de padres que consideran útil la herramienta: 12

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se debe incidir en la importancia de presentar el documento en cada intervención, en ocasiones hay olvidos del documento, dificultando el seguimiento del mismo.
La conclusión es que es una herramienta útil, de fácil manejo, que ayuda tanto a padres como profesionales en el control de los reservorios subcutáneos y su buen funcionamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/301 ===== ***

Nº de registro: 0301

Título
CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCO PEDIATRICOS

Autores:
BERENGUEL LOVACO RICHARD, UNZUETA SALVADOR BEGOÑA, GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES, GORRIZ BARBERO ROSA MARIA, JARNE NIVELA CRISTINA, BARRIOS GUALLAR ANA CRISTINA, MONGE FERRER MARIA ESTHER, MUÑOZ MELLADO ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tratamiento actual del paciente pediátrico, con patología onco-hematológica, exige la utilización de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0301

1. TÍTULO

CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA ONCOPEDIÁTRICOS

pautas terapéuticas agresivas prolongadas en el tiempo, para las cuales el acceso venoso de vías periféricas va a producir un deterioro importante de la red venosa del paciente. Ante esta situación, es imprescindible someter a dichos pacientes a la implantación de catéteres venosos centrales de larga duración, como los catéteres tunelizados tipo Hickman y los catéteres totalmente implantados, tipo reservorio subcutáneos, catéteres que requieren ser insertados y retirados quirúrgicamente. Estos últimos constan de un reservorio que se coloca a nivel subcutáneo y que se sujeta a un catéter silástico colocado en una vena central. Existen diferentes clases de dispositivos, el más comúnmente utilizado es el sistema Port-a-cath®, que está formado por un catéter de silicona o poliuretano pegado a un reservorio o puerto de titanio, acero inoxidable o polisulfona, con un septum de silicona con autocierre, que en su base posee orificios para su fijación en tejido celular subcutáneo.

El empleo del reservorio subcutáneo conlleva una serie de ventajas para el paciente que lo porta. Dichas ventajas son:

- Posible uso fuera del ámbito hospitalario permitiendo en muchas ocasiones recibir tratamientos en el propio domicilio del paciente sin necesidad de desplazamiento mejorando así su calidad de vida

- Menor riesgo de infecciones

- Utilización sencilla, segura y duradera proporcionando un acceso venoso rápido de mejor calidad.

A pesar de su eficacia como dispositivo, resulta esencial tanto para los profesionales como para los propios pacientes y familias mantener un preciso conocimiento sobre los cuidados de este tipo de catéteres, así como las posibles complicaciones que pueden derivar de su uso continuado y prolongado en el tiempo.

Dentro de este marco conceptual es imprescindible poder contar con una herramienta única para poder registrar los cuidados realizados en dicho catéter, tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario, lo que nos permitirá mejorar la continuidad y la seguridad en los cuidados en este tipo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

General:

? Garantizar la continuidad y la seguridad en los cuidados de los catéteres de larga duración, tipo reservorio, implantados en los niños con patología onco-hematológica

Específicos:

- Concienciar acerca de la necesidad de que se mejoren y mantengan las prácticas del mantenimiento y cuidados del catéter en el momento oportuno y de la forma apropiada.

- Mejorar el conocimiento y las prácticas sobre el cuidado del catéter reservorio subcutáneo.

- Orientar a padres, pacientes y profesionales de otro nivel asistencial sobre el manejo en la

heparinización del catéter

- Contar con un único registro, que recoja todas las intervenciones realizadas, tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario para mejorar la continuidad de cuidados.

- Evitar posibles situaciones adversas por mal control del catéter.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.

Responsable: Richard Berenguel Lovaco (Supervisor Oncopediatría)

Begoña Unzueta Salvador

M^a Angeles Gimenez de Azcárate León

Rosa María Gorriz Barbero

Cristina Jarne Nivelá

M^a Esther Monge Ferrer

Ascensión Muñoz Mellado

Ana Cristina Barrios Guallar

- Revisión bibliográfica sobre los cuidados específicos del reservorio (mantenimiento, heparinización...).

Protocolo reservorio venoso, uso y mantenimiento "port a cath". Comisión de calidad de enfermería. Distrito

metropolitano de Granada. Servicio andaluz de salud. Julio 2008.

Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Cuidados y Mantenimiento de Accesos Venosos de larga duración

(Reservorios). Hospital universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Junio 2012. (Consultado en Abril 2014).

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf.

Moreno T, del JL, Zurera L, Escalante E, González R, et al. Guía de cuidados de enfermería. [Guía de Internet]

Donosti; Marzo 2012. [Disponible en: <http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas>]

Guía de control de reservorios, Hospital San Jorge Huesca.

- Consenso y elaboración de una cartilla para el paciente que sirva como registro único de los cuidados

realizados en el catéter.

- Evaluación de la utilidad de este registro para profesionales y padres de este

INDICADORES

- Existencia de una cartilla para el control de la heparinización de los catéteres de larga duración, tipo

reservorio, para el paciente oncopediátrico.

- Nº de profesionales que consideran útil la herramienta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0301

1. TÍTULO

CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS

- N° de padres que consideran útil la herramienta

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 - Noviembre 2016
- Revisión bibliográfica - Diciembre 2016 - Febrero 2017
- Elaboración de la cartilla - Marzo 2017- Mayo 2017
- Evaluación de la utilidad para padres y profesionales de oncopediatría- Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0571

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO DE ARRIBA MUÑOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER LOZANO MARTA
OLIVAN OTAL PILAR
ARANA NAVARRO TERESA
CENARRO GUERRERO MARIA TERESA
GARCIA VERA CESAR
LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Establecer una vía de comunicación directa entre el Pediatra de AP y el Especialista para la derivación de los pacientes.

Se ha establecido una vía de comunicación directa entre Antonio de Arriba y la pediatra Pilar Oliván del Centro de Salud Canal Imperial. Además he mantenido contacto directo con al menos 1 Pediatra de cada uno de los centros participantes.

2. Evitar derivaciones innecesarias a las consultas hospitalarias.

Se analizará posteriormente.

3. Disminuir el tiempo de demora en las primeras visitas.

El tiempo medio de contestación de las interconsultas ha sido de 5,6 días. Posteriormente el tiempo de cita ha sido el de la lista de espera de la consulta, en función de si la cita era normal o preferente.

4. Mejorar la formación continuada del Pediatra de AP.

Se han realizado hojas de recomendaciones de diferentes patologías que ayuden al Pediatra de AP a conocer algunas de las patologías más frecuentes de la Endocrinología Pediátrica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Los meses de Febrero y Marzo de 2017 empezamos el proyecto con 2 Centros de Salud, Sagasta y Canal Imperial, incorporándose el 1 de abril otros 3, Fernando el Católico, Las Fuentes Norte y Torrero la Paz.
- Hasta el 1 de octubre de 2017 se han recibido 101 interconsultas habiéndose citado de forma presencial 57, mientras que en 44 ocasiones se han mandado recomendaciones para el seguimiento en el Centro de Salud.
- La satisfacción de los Facultativos responsables del área hospitalaria ha sido muy buena.
- La satisfacción de los Peditras de AP ha sido muy buena, incluso nos han llegado peticiones para ampliarlo a más Centros de Salud.

INDICADORES DE CALIDAD

- Número de interconsultas citadas presenciales /Número de interconsultas totales= 56.4%. (Estándar <80%).

- Número interconsultas respondidas en <7días/Total interconsultas= 98%. (Estándar 95%).

- Número de reconsultas de un mismo paciente/Total interconsultas= 2%. (Estándar <20%) Aclarar en este punto que realmente no han sido reconsultas, si no que en 2 casos una Pediatra ha duplicado la consulta de 2 pacientes al remitirla, siendo exactamente la misma y no una reconsulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha mejorado la comunicación entre Primaria-Especializada.

Se han evitado derivaciones que se consideraban no necesarias.

El proyecto se ha acompañado de un alto grado de satisfacción por parte de todos los profesionales implicados en el mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/571 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0571

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

Nº de registro: 0571

Título
MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

Autores:
DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO, FERRER LOZANO MARTA, LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO, CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO, GRACIA ROMERO JESUS, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, ARANA NAVARRO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades Endocrinas, alergológicas y quirúrgicas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A día de hoy la telemedicina es una realidad que debe ser implantada paulatinamente en los hospitales. En el hospital Miguel Servet se ha puesto en funcionamiento un proyecto piloto de realización de interconsultas desde Atención Primaria a Especializada. En los últimos años se ha objetivado un aumento en las derivaciones a las consultas, lo que ha aumentado la demora en la atención a los pacientes en su primera visita. Por otra parte, se ha detectado que una parte de ellas podrían ser evitadas sin la necesidad de realización de una consulta presencial. Un estudio observacional retrospectivo de cohortes, revisando 2430 historias clínicas de pacientes nuevos atendidos en Cirugía Pediátrica en el Hospital Virgen del Rocío en Sevilla desde septiembre de 2010 a enero de 2012, encontró una derivación evitable en el 44,28% de los niños (Cir Pediatr 2012; 25: 177-181). En el hospital Miguel Servet el Servicio de Aparato Digestivo ha puesto en funcionamiento con éxito un proyecto piloto de realización de interconsultas desde Atención Primaria a Especializada por vía telemática. En el Hospital Infantil deseamos realizar y mejorar esta experiencia: se trata de que el Pediatra de Atención primaria exponga el caso y el especialista de Alergología, Endocrinología o Cirugía responda a la misma, dando recomendaciones sobre el seguimiento apropiado y estableciendo si es necesaria la realización de la consulta presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer una vía de comunicación directa entre el Pediatra de AP y el Especialista para la derivación de los pacientes.
- Evitar derivaciones innecesarias a las consultas hospitalarias.
- Disminuir el tiempo de demora en las primeras visitas.

MÉTODO

- Creación de una agenda de telemedicina-interconsultas, con periodicidad semanal, para las consultas de Endocrinología Pediátrica, Cirugía Pediátrica y Alergología Pediátrica. Cada interconsulta tendrá un tiempo estimado de 20 minutos y será contestada en un plazo máximo de 7 días (Antonio de Arriba, Marta Ferrer, José Ignacio Labarta, Jesús Gracia, José Antonio Castillo).
- El proyecto piloto contará con la colaboración de 3 centros de Salud: C.S Sagasta, C.S. Amparo Poch y C.S San José. Para ello, se realizará formación específica en el manejo de la herramienta informática a los profesionales implicados en cada centro. Desde su implantación, dichos C.S. únicamente podrán derivar pacientes mediante este sistema (Teresa Arana Navarro. Isabel Lostal Gracia. María Pilar Oliván Otal).
- Las interconsultas recibidas serán contestadas de forma razonada, incluyendo diagnósticos diferenciales apropiados a cada caso y pautas de recomendaciones y/o seguimiento en las diferentes patologías (Antonio de Arriba, Marta Ferrer, José Ignacio Labarta, Jesús Gracia, José Antonio Castillo).
- Realización de encuesta de satisfacción tanto a los profesionales de AP, como a los hospitalarios. (Antonio de Arriba, Marta Ferrer, José Ignacio Labarta, Jesús Gracia, José Antonio Castillo, Teresa Arana Navarro. Isabel Lostal Gracia. María Pilar Oliván Otal).

INDICADORES

- Se analizará el número de interconsultas recibidas por cada Centro de Salud y Pediatra, tiempo medio de respuesta, motivos de consulta y diagnósticos.
- Número de pacientes atendidos de forma presencial/Número de interconsultas recibidas.
- Valoración del tiempo de demora en la primera visita, respecto a los datos del año previo.
- Evaluación del grado de satisfacción de los profesionales mediante encuesta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0571

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

DURACIÓN

- Octubre-diciembre 2016: creación de agenda de telemedicina-interconsultas y elaboración de las recomendaciones por patologías.
- Noviembre-diciembre 2016: formación de los pediatras de AP en el uso de la herramienta.
- Enero 2017: inicio de la consulta de telemedicina.
- Junio 2017: evaluación de la actividad realizada y de la satisfacción de los profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0598

1. TÍTULO

LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE LORENA MONGE GALINDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDO MARTINEZ RUTH
FUERTES RODRIGO CRISTINA
LOPEZ PISON JAVIER
PEÑA SEGURA JOSE LUIS
GARCIA JIMENEZ MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Según previsto en el Proyecto, se ha realizado un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Neuritis óptica en Pediatría revisando la evidencia científica disponible hasta el momento y con consenso de todos los profesionales implicados (Pediatría, Oftalmología, Neurorradiología). También se ha desarrollado una hoja de información como complemento de este protocolo, que se entrega a los padres y donde se explica con lenguaje claro qué es lo que le ocurre, su pronóstico y las pruebas que deben realizarse.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El protocolo de manejo de Neuritis óptica en Pediatría se ha puesto en marcha en el Hospital Infantil tras su presentación en sesión clínica hospitalaria el 26 de junio de 2017. Como consecuencia de ello, esperamos disminuir la variabilidad en la práctica clínica de los profesionales implicados, mejorando la asistencia y optimizando los exámenes complementarios y tratamientos disponibles. No obstante, la valoración de la utilidad y seguimiento de este protocolo se realizará en la segunda parte del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La neuritis óptica en Pediatría se trata de una entidad poco frecuente pero con posibles repercusiones importantes, del que hemos conseguido disponer de un protocolo actualizado de manejo desde junio de 2017. Es necesario un gran esfuerzo para poder recoger y reflejar el consenso de todos los profesionales implicados, pero es lo que realmente enriquece el protocolo y nuestra experiencia. Esperamos demostrar utilidad en la mejora de la calidad asistencial a nuestros pacientes como lo hemos podido hacer en otras experiencias de Protocolización y del ciclo PDCA previas.

7. OBSERVACIONES.

Hasta el momento se ha desarrollado la primera parte del proyecto según cronograma previsto. La segunda parte es la recogida de los datos de los pacientes valorados por esta patología en nuestro centro hasta finales de diciembre-2018, para ver la utilidad del protocolo y el seguimiento del mismo por parte de los profesionales implicados. También se encuestará a padres y profesionales sobre sus impresiones sobre la hoja de información entregada. Tras el estudio de los datos recogidos, se expondrán los resultados y propuestas de mejora en el primer trimestre de 2019.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/598 ===== ***

Nº de registro: 0598

Título
LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

Autores:
MONGE GALINDO LORENA, FERNANDO MARTINEZ RUTH, FUERTES RODRIGO CRISTINA, LOPEZ PISON JAVIER, PEÑA SEGURA JOSE LUIS, GARCIA JIMENEZ MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0598

1. TÍTULO

LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la Unidad de Neuropediatría y Metabolismo del Hospital Infantil Universitario Miguel Servet de Zaragoza disponemos de tres herramientas de enorme utilidad en las funciones asistenciales, docentes y de investigación: las bases de datos (BD) de Neuropediatría y Metabolismo, los protocolos y las hojas de información. La BD de Neuropediatría incluye todos los niños valorados en consulta ambulatoria y/o durante los ingresos hospitalarios por Neuropediatría desde mayo de 1990. Su permanente actualización permite tener un estrecho control de nuestro trabajo. Contempla motivos de consulta, diagnósticos, datos epidemiológicos y muchas otras variables. A fecha de 1-10-16 hay introducidos 19.912 niños. La Unidad está muy implicada en la protocolización de nuestra actividad asistencial, minimizando la variabilidad, bajo la perspectiva de que todos (Atención Especializada, Urgencias Pediátricas y Atención Primaria) trabajan en el mismo Equipo cuyo objetivo es la mejor asistencia de los niños y la mejor formación de los residentes, y de que la comunicación es fundamental para obtener dichos objetivos. Los protocolos consensuados facilitan el continuum asistencial. La protocolización se encuentra en la dinámica de trabajo del ciclo PDCA: "plan, do, check, act"; Disponemos de 37 protocolos de patología neurológica y metabólica. Como complemento y mejora de la protocolización, desde 2012 comenzamos a redactar hojas de información para padres y profesionales sobre diferentes patologías neuropediátricas y metabólicas. Actualmente disponemos de 35 hojas de información, hemos entregado 6.723. El proyecto que presentamos, quiere ser un ejemplo de nuestra línea de trabajo asistencial. Recientemente, a raíz de los casos clínicos valorados, hemos detectado la necesidad de disponer de un protocolo escalonado de diagnóstico y tratamiento de la Neuritis óptica en pediatría. Se trata de una entidad poco frecuente pero con posibles repercusiones importantes. En este proyecto proponemos su desarrollo, consenso del mismo con todos los profesionales implicados, revisiones y actualizaciones periódicas en base a las nuevas evidencias científicas, autoevaluación y monitorización de su aceptación y seguimiento por parte de los médicos asistenciales, de sus posibles deficiencias y la posterior subsanación de las mismas. La dinámica de trabajo PDCA nos ha introducido en un ciclo de aprendizaje y mejora que no tiene punto final.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es establecer un protocolo específico de diagnóstico y tratamiento de los niños con sospecha de neuritis óptica valorados en nuestro Hospital y desarrollar una hoja de información para el paciente y la familia donde explique con lenguaje claro qué es lo que le ocurre, su pronóstico y las pruebas que deben realizarse. Como consecuencia de ello, esperamos disminuir la variabilidad en la práctica clínica de los profesionales implicados, mejorando la asistencia y optimizando los exámenes complementarios y tratamientos disponibles.

MÉTODO

Los firmantes del trabajo serán los responsables de:

- 1º. Realizar el protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Neuritis óptica en Pediatría revisando la evidencia científica disponible hasta el momento y también se desarrollará una hoja de información como complemento de este protocolo.
 - 2º. Se pondrá en marcha el protocolo en el Hospital Infantil y a los 2 años se hará un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que hayan sido atendidos por esta patología en nuestro centro para ver la utilidad del protocolo y el seguimiento del mismo por parte de los profesionales implicados. Se revisarán los datos de estos pacientes disponibles en nuestra BD y se revisarán sus historias clínicas para observar que se ha seguido el protocolo y sus indicadores de calidad. También se encuestará a padres y profesionales sobre sus impresiones sobre la hoja de información entregada.
 - 3º. Se estudiarán los resultados obtenidos de esta revisión del protocolo y hoja de información y se propondrán las medidas de mejora que fueran precisas.
- En definitiva, seguiremos la dinámica de trabajo del ciclo PDCA.

INDICADORES

- Indicadores de calidad del protocolo:
Constancia de toma de constantes.
Constancia de valoración por oftalmología
Constancia de RM cerebral y de nervios ópticos con gadolinio y estudio completo incluyendo LCR y antiNMO
Constancia de tratamiento e indicación del mismo
- Encuesta de satisfacción abierta para padres y profesionales, que se realizará vía telefónica al mes del alta hospitalaria.

DURACIÓN

El proyecto se realizará a lo largo de 2 años. El cronograma previsto:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0598

1. TÍTULO

LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

Revisión de la literatura científica y redacción el protocolo y de la hoja de información de manera que esté listo para su puesta en marcha en nuestro centro en enero-2017.
Recogida retrospectiva de los datos de los pacientes valorados por esta patología y hojas de en nuestro centro hasta finales de diciembre-2018
Tras el estudio de los datos recogidos, se expondrán los resultados y propuestas de mejora en el primer trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0857

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA FERNANDEZ ESPUELAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO PEREZ DELIA
IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL
FERRER DUCE MARIA PILAR
MARTINEZ FORCEN SUSANA
LARENA FERNANDEZ ISRAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeras y matronas de la Unidad de Neonatología y Obstetricia, que voluntariamente han querido participar en el proyecto.

Se han realizado reuniones para distribución y organización de funciones.

Se ha realizado vía clínica para la captación de madres donantes desde el hospital.

Desde la Unidad de Neonatología se ha facilitado el proceso de selección y contacto con el Banco de Leche a las madres de niños ingresados en la Unidad que debido a su alta producción de leche materna deseaban hacerse donantes.

Se informa a las madres de niños ingresados con alta producción de leche de la posibilidad de hacerse donantes, y se les facilita el proceso, realizándoles en la misma Unidad la entrevista, firma del consentimiento y extracción de analíticas. Posteriormente se envían las muestras y documentos al banco de sangre del Hospital desde donde lo envían al Banco de Leche de Aragón.

Para que resulte más sencillo todo el proceso, tanto en la UCI Neonatal como en la planta de Neonatal, se han nombrado a determinadas personas (médicos y enfermeros) encargadas de realizar este proceso. Se dispone de "Kits" compuestos por folleto informativo, documentos con el consentimiento informado, la entrevista a rellenar, pegatinas para identificar las muestras y tubos de analíticas para la extracción de sangre, simplificando el proceso de esta manera.

En las plantas de Maternidad, se ha mejorado la información sobre la donación de leche a las madres que acaban de dar a luz mediante entrega de folletos informativos y de información verbal cuando así lo solicitan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido aumentar el número de madres donantes procedentes del Hospital.

Se ha conseguido facilitar el proceso para la donación de leche a las madres de niños ingresados en la Unidad de Neonatal, no perdiendo madres donantes por dificultad en completar los pasos iniciales del proceso de donación (información, entrevista, extracción de analíticas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido mejorar la atención a las madres y los Recién Nacidos ingresados en la Unidad.

La formación de un equipo de trabajo y la organización de funciones, permite alcanzar la meta del proyecto, facilitando el trabajo y mejorando la calidad asistencial.

Queda pendiente evaluar los indicadores numéricos propuestos en el proyecto.

Quedan pendiente reuniones evaluativas del proyecto con los miembros del grupo y con el Banco de Leche para encontrar y diseñar puntos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/857 ===== ***

Nº de registro: 0857

Título
MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores:
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, ROYO PEREZ NIEVES DELIA, TORRES CLAVERAS SONIA, IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL, FERRER DUCE MARIA PILAR, MARTINEZ FORCEN SUSANA, LARENA FERNANDEZ ISRAEL, ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS MARIA LUZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0857

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchos estudios avalan los efectos beneficiosos de la lactancia materna para la alimentación de los recién nacidos (RN) prematuros y enfermos cuando se la compara con fórmulas artificiales. La leche materna contiene factores inmunoprotectores importantes contra la sepsis nosocomial y otras infecciones, protege contra la enterocolitis necrotizante y mejora el desarrollo neurocognitivo. A largo plazo, existen evidencias científicas de un mejor desarrollo psicomotor y menor riesgo cardiovascular. Así, la leche de la propia madre es el alimento de elección para los RN prematuros o enfermos ingresados en las Unidades Neonatales. Pero no siempre sus madres tienen suficiente leche para alimentarlos o precisan de algunos días hasta que empiezan a producirla, retrasando el inicio de la alimentación. Entonces la leche humana pasteurizada de madres donantes seleccionadas es la mejor opción para la alimentación de estos niños prematuros, enfermos o de alto riesgo.

La aparición de los Bancos de Leche Humana es reciente y ha ido paralela al interés creciente por la lactancia materna como un elemento de promoción de la salud entre los neonatos enfermos y prematuros. Los Bancos de Leche Humana son centros especializados responsables de la promoción y apoyo a la lactancia materna, y de la recolección, procesamiento, control de calidad y dispensación de la leche de madre donada a los niños que la precisen. En España existen actualmente ocho bancos en activo agrupados en la Asociación Española de Bancos de Leche Humana. El Banco de Zaragoza se creó en 2011 y se encuentra integrado en el Banco Sangre y Tejidos de Aragón.

Uno de los puntos imprescindibles para el buen funcionamiento del Banco de Leche es la captación de mujeres donantes y para ello son muchos los esfuerzos realizados dirigidos a la promoción y divulgación de la información a la población general. Las mujeres candidatas para ser donantes son aquellas que estando amamantando a sus bebés, tengan leche suficiente, gocen de buena salud y tengan hábitos saludables. La captación actual de las madres donantes se realiza a través de propaganda en forma de carteles y folletos informativos en hospitales y centros de salud, y de la información oral que transmiten los profesionales sanitarios. También se realizan campañas de información para la población general en los medios de comunicación. Actualmente, la madre que quiere ser donante debe acudir a su Centro de Salud de Atención Primaria donde los profesionales sanitarios encargados le informan, le pasan un cuestionario y si la mujer es apta y está conforme, firma un consentimiento y se le realiza una extracción de sangre para serologías. Pero hay temporadas en las que la cantidad de leche donada es insuficiente para satisfacer las necesidades de las Unidades Neonatales de nuestra Comunidad por disminución en el número de donantes en ese momento.

Desde la Unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Miguel Servet, y de acuerdo con el Banco de Leche de Aragón, detectamos la necesidad de contribuir en la mejora del proceso de captación de mujeres donantes desde el propio hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aumentar el número de madres donantes de Leche Humana.
2. Aumentar el volumen de Leche Humana Donada en el Banco de Leche de Aragón.
3. Disponer de Leche Humana como alimento de elección para los RN prematuros y enfermos que la necesiten.

MÉTODO

Formar grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeras y matronas de la Unidad de Neonatología y de Obstetricia que voluntariamente deseen participar en el proyecto, consistente en:

1. Unidad de Neonatología: Facilitar el proceso de selección y contacto con el Banco de Leche a las madres de RN prematuros o enfermos ingresados que teniendo alta producción de leche desean ser donantes, realizándoles la entrevista, firma del consentimiento y extracción de analíticas en la propia Unidad. Enviar las muestras y documentos al Banco de Leche.
2. Maternidad: Mejorar la información administrada sobre la donación de leche a las madres que acaban de dar a luz, poniéndoles en conocimiento de la existencia del Banco de Leche, de su finalidad y de qué pasos deben seguir si en un futuro desearan ser donantes.

INDICADORES

1. N° de madres de la Unidad de Neonatología que se hacen donantes cada mes.
2. N° de madres donantes de la Unidad de Neonatología del total de madres donantes en Aragón.
3. N° total de madres donantes de Leche Humana al mes (en Aragón).

DURACIÓN

- Octubre - noviembre 2016:
- o Reunión del equipo para establecer cronograma de trabajo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0857

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

- o Realizar vía clínica para la captación de madres donantes desde el Hospital.
- o Reunión con responsables del Banco de Sangre del Hospital Miguel Servet y del Banco de Leche de Aragón para consensuar la vía clínica.
- A partir de diciembre 2016: puesta en marcha del proyecto.
- Septiembre-octubre 2017: evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO ROS ARNAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARANGUAN CASTRO MARIA LUISA

GARCIA ROMERO RUTH

UBALDE SAIZ EDUARDO

FUENTES OLMO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha establecido una comunicación entre el servicio de Gastroenterología Pediátrica y el de Digestivo de adultos, estableciendo un plan para llevar a cabo la consulta de transición de los pacientes pediátricos afectados de hepatopatía crónica, que van a pasar a ser controlados en el servicio de Digestivo de adultos

Se ha elaborado un protocolo en el que se explica de manera detallada los criterios de selección de pacientes, la forma en la que llevar a cabo esta consulta de transición, así como los detalles a tener en cuenta cuando se trata de pacientes en edad adolescente.

Se ha establecido el plan para la realización de la consulta de transición a partir de abril de 2018, programando las consultas de los pacientes susceptibles de participar en este proyecto.

Para ello, se ha realizado un informe detallado de cada paciente, para facilitar el conocimiento del historial médico de cada uno de ellos al profesional que lo controle a partir de ahora, evitando la pérdida de información o el desconocimiento de ciertas situaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado el "Protocolo de transferencia de pacientes con enfermedad hepática crónica de la unidad de gastroenterología pediátrica a servicio de digestivo de adultos", que ha facilitado la creación de la consulta de transición para estos pacientes.

Se ha comunicado a los pacientes controlados en Gastroenterología pediátrica, y susceptibles de ser transferidos a adultos, la existencia próxima de esta consulta de transición que facilitará el paso al servicio de adultos, tanto para el paciente como para su familia.

La propuesta ha sido muy bien acogida por parte de las familias y los niños, pues para ellos habitualmente supone un cambio importante el paso al servicio de adultos, por lo que las visitas conjuntas facilitan este paso, y mejoran la confianza de los pacientes.

Está programado que empiecen a tener lugar las consultas de transición a partir de abril 2018, siendo el objetivo que al menos el 90% de los pacientes con hepatopatía crónica que sean dados de alta de la unidad de Gastroenterología Pediátrica sean valorados conjuntamente en la consulta de transición con Digestivo de adultos.

Se adjunta el protocolo elaborado:

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DE U. GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA A SERVICIO DE DIGESTIVO ADULTOS

1. INTRODUCCIÓN

Las hepatopatías crónicas son poco frecuentes en la población pediátrica, e incluyen un amplio abanico de patologías. Los pacientes afectados siguen controles estrechos durante la edad pediátrica, pues por un lado es importante evaluar la progresión de su enfermedad y la eficacia de los tratamientos, que en ocasiones deben llevar de forma crónica, y por otro es fundamental la detección precoz de las complicaciones para establecer el tratamiento oportuno.

Las hepatitis crónicas por virus de hepatitis B (VHB) o C (VHC) son las más frecuentes, y en la población pediátrica la infección suele producirse por transmisión vertical. Actualmente, gracias a los programas de vacunación universal frente Hepatitis B, ésta ha disminuido notablemente, por lo que la Hepatitis C se ha convertido en la causa principal de hepatitis crónica en niños. La Hepatitis C crónica afecta al 5.8% de los recién nacidos de madres infectadas por VHC. En los niños que se infectan por transmisión vertical puede producirse el aclaramiento del virus en los primeros 3 años, no obstante, el 80% de ellos desarrollan infección crónica. Hasta hace poco tiempo, el tratamiento se limitaba a ribavirina e interferón, con el cual se obtenían tasas de curación que oscilaban entre el 50% y el 100% según el genotipo, y asociaba numerosos efectos adversos. Sin embargo, actualmente se han desarrollado antivirales de acción directa, con lo que se están obteniendo tasas de curación de más del 95% en adultos, por lo que en estos momentos se recomienda esperara a que estos tratamientos estén disponibles para su uso en la edad pediátrica. La Hepatitis B crónica puede causar complicaciones severas a lo largo de la vida en al menos el 15% de los pacientes afectados. Su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

tratamiento, basado en Interferón alfa y antivirales (tenofovir y entecavir) no cura la infección salvo excepcionalmente, pero su objetivo es acortar la fase de inmunoeeliminación, disminuir la replicación viral, normalizar la función hepática y conseguir la regresión del daño histológico.

Otra causa de hepatopatía crónica en pediatría es la Hepatitis Autoinmune, que es una enfermedad de origen desconocido que cursa con destrucción progresiva del parénquima hepático. Se caracteriza por elevación de transaminasas y de IgG, presencia de autoanticuerpos circulantes no órgano específicos, y en la biopsia se objetiva hepatitis de interfase. El tratamiento consiste en prednisona, habitualmente asociado a azatioprina. Por otro lado, la Enfermedad de Wilson es una enfermedad autosómica recesiva, provocada por una mutación en el gen ATP7B que favorece el acúmulo anormal de cobre fundamentalmente en hígado, cerebro y riñones, lo cual ocasiona toxicidad. La afectación hepática puede variar desde una disfunción asintomática, hasta hepatitis crónica, cirrosis, e insuficiencia hepática grave. El diagnóstico se realiza mediante determinación de ceruloplasmina y cobre en plasma, y excreción urinaria de cobre, así como estudio genético. El tratamiento se basa en quelantes como D-penicilamina o trientine, y otros que impiden la absorción intestinal como el zinc. Por último, destacan ciertas patologías que se incluyen dentro de las causas de colestasis en el lactante, como son la Atresia de vías biliares, el Síndrome de Alagille, o la Colestasis Intrahepática Familiar Progresiva, las cuales ocasionan disfunción hepática progresiva, y precisan habitualmente trasplante hepático. La transferencia de una unidad pediátrica a una unidad de adultos, debe de ser un paso reglado y progresivo, y no un cambio brusco de una unidad a otra, pues este periodo de transición es especialmente crítico para la evolución de la enfermedad.

2. POBLACIÓN DIANA

Pacientes afectos de enfermedad hepática crónica que son controlados en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica del Hospital Infantil Miguel Servet, que van a pasar a ser controlados por una Unidad de Digestivo de adultos.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS QUE DETERMINAN EL MOMENTO IDEAL PARA LA TRANSICIÓN:

Factor determinante	Ideal
Edad cronológica	Entre 16 y 25 años
Independencia en el cuidado de salud	No dependiente de los padres
Autonomía de decisión	Habilidad de tomar decisiones informadas
Preparación	Conocimiento de la enfermedad
Disposición	Se siente cómodo con el equipo de adultos
Disponibilidad de un especialista de adulto	Facultativo con especial interés en la enfermedad hepática crónica en el adolescente
Adhesión al tratamiento	Buena adhesión al tratamiento en los casos en que esté indicado

4. CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DEL ADOLESCENTE

En los primeros años de la adolescencia (10-12 años), el individuo debe poder describir su enfermedad, conocer el tratamiento y la dosis, y valorar el impacto de su enfermedad en la asistencia al colegio y en sus aspiraciones académicas.

Al final de la adolescencia (16-18 años), el individuo debería ser capaz de tomar decisiones terapéuticas informadas, de solicitar citas y asistir a las mismas, de conocer aquellos hábitos que le resultan nocivos y los que no, y aprender a usar los servicios sanitarios de una manera flexible.

Es importante preguntar a los pacientes y sus familias acerca de sus expectativas y temores de transición. Los pacientes adolescentes y sus familias deben ser educados en las diferencias entre la atención médica pediátrica y de adultos.

Se recomienda que la transición se realice en situación de estabilidad clínica de la enfermedad y en ausencia de cambios terapéuticos importantes.

5. PASOS PREVIOS A LA TRANSICIÓN

5.1 Consulta del gastroenterólogo pediátrico.

- El gastroenterólogo pediátrico debería empezar a visitar al enfermo sin sus padres, de cara a establecer una relación que promueva la independencia y la confianza en uno mismo, y que asemeje la futura relación que establecerá con el facultativo de adultos.

- Es importante introducir el concepto de la transición al paciente y a su familia con anticipación, enfatizando sus beneficios, como son la normalización del desarrollo, la promoción de la independencia, de la confianza en uno mismo y la mejora de la cumplimentación del tratamiento.

- Debe transmitirse la necesidad de un seguimiento por un facultativo experto en enfermedad hepática crónica, que conozca las alternativas terapéuticas para estas patologías, así como las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad o de sus tratamientos.

5.2 Conocimiento y habilidades que el adolescente debería haber adquirido en el momento de ser incluido en el programa de transición.

- Diagnóstico y características básicas de su enfermedad hepática crónica.
- Año de diagnóstico y nombre del centro y de los profesionales que han estado implicados en su seguimiento.
- Fechas de los eventos importantes relacionados con su enfermedad como inicio de tratamientos, realización de biopsia hepática, etc.
- Conoce los tratamientos farmacológicos que ha seguido durante la evolución de su enfermedad (nombre y dosis de las medicaciones).
- Es capaz de ponerse en contacto con su médico responsable en caso de dudas o empeoramiento de su situación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

- Es capaz de ponerse en contacto con el personal sanitario para solicitar recetas.
- Puede solicitar y gestionar sus citas en consulta y recuerda acudir en la fecha fijada

5.3 Tras plantear la transición.

- Se debe identificar un gastroenterólogo habituado al manejo del adulto joven con enfermedad hepática crónica, en este caso el proyecto se realiza con el Dr. Fuentes, adjunto del servicio de Digestivo del Hospital Miguel Servet.
- Desde la unidad de gastroenterología pediátrica se facilitarán los informes médicos necesarios al nuevo facultativo de referencia, así como al paciente y a su familia.

6. TRANSICIÓN

Se establecerán dos días al año para realizar una consulta conjunta de ambos servicios. (Primera consulta en la Unidad de Gastroenterología Pediátrica en el Hospital Infantil y la segunda consulta en el Servicio de Digestivo del Hospital General Miguel Servet).

Tras la preparación al paciente y su familia para el proceso de transición y una vez comprobada la capacidad para llevarla a cabo se citará a la paciente con fecha y hora en la consulta conjunta.

6.1 Consulta conjunta en la unidad de gastroenterología y nutrición pediátrica. (Dr. Ros Arnal, Dra. García Romero y Dr. Fuentes Olmo)

- Se procederá a presentar el paciente y a su familia al médico gastroenterólogo de adultos.
- Se tomará una decisión conjunta de tratamiento entre pediatra y médico de adultos gastroenterólogo en base al futuro planteamiento en Digestivo de adultos.
- Se explicará el lugar y el orden de sucesivas consultas en Servicio de Digestivo de adultos.

6.2 Consulta conjunta en el servicio de digestivo de adultos (Dr. Fuentes Olmo, Dr. Ros Arnal y Dra. García Romero)

- Se mantendrá el vínculo de confianza entre el paciente, la familia y el médico pediatra y de adultos.
- Se comentarán las situaciones personales y familiares del paciente.
- Se discutirán las características clínicas y de tratamiento del paciente en base a las experiencias previas.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Hierro Llanillo L, Lledín Barbancho MD. Hepatitis crónica por el virus de hepatitis B. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 415-426.
- Jara Vega P. Hepatitis crónica C. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 427-439.
- Urruzuno Tellería P, Camarena Grande C. Hepatopatías autoinmunes. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 441-457.
- Peña Quintana L, de la Vega Bueno A. Enfermedad de Wilson. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 485-498.
- Frauca Remacha E, Fernández Caamaño B. Colestasis del lactante. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 571-588.
- Navas López V, Blasco Alonso J, Sierra Salinas C. Manejo del niño con hepatopatía crónica. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. Madrid: Ergon; 2010; 239-252.

ANEXO I. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

CRITERIO	INDICADOR	EXCEPCIONES	ESTÁNDAR
Porcentaje de pacientes con enfermedad hepática crónica dados de alta de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica valorados conjuntamente	Nº HC revisadas con criterio/NºHC totales revisadas	Ninguna	>90%
Porcentaje de pacientes con enfermedad hepática crónica nuevos valorados conjuntamente en el Servicio de Digestivo de adultos, controlados previamente en la Unidad de Gastroenterología Pediátrica vistos en la consulta	Nº HC revisadas con criterio/Nº HC totales revisadas	Ninguna	>90%

ANEXO II. DOCUMENTO DE CONSENSO (1)

El protocolo con el título "PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DE U. GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA A SERVICIO DE DIGESTIVO ADULTOS" ha sido consensuado por los siguientes servicios/unidades que participan en su aplicación:

SERVICIO / UNIDAD	NOMBRE Y APELLIDOS
Gastroenterología Pediátrica. HMI Miguel Servet	María Luisa Baranguán Castro, Ignacio Ros Arnal, Ruth García Romero, Eduardo Ubalde Sainz.
Servicio de Digestivo de adultos. H. Miguel Servet	Javier Fuentes Olmo

Responsable del protocolo: Ignacio Ros Arnal.

Fecha: 2 de noviembre de 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que con este proyecto se ha conseguido mejorar la atención a los pacientes pediátricos afectados de hepatopatía crónica, y susceptibles de ser dados de alta al servicio de adultos, aumentando considerablemente la satisfacción de las familias, pues de este modo el paso al servicio de adultos es más progresivo, y de la mano de los profesionales que han llevado a sus hijos durante toda su infancia.

Por otro lado, consideramos que la realización de consultas de transición disminuye el riesgo derivado del cambio de profesional sanitario que controla a un paciente, y la posible pérdida de información que esto puede suponer, pues al realizar visitas conjuntas inicialmente el traspaso de información es mucho más fluido y seguro.

Este proyecto ha satisfecho las expectativas de los profesionales implicados, especialmente por la buena acogida observada entre los pacientes.

Por último, queda pendiente comenzar a llevar a cabo estas consultas conjuntas, que pese a estar programadas, no han podido iniciarse todavía por motivos personales de los profesionales implicados. Sin embargo, el inicio de estas consultas está ya previsto para abril de 2018, y los pacientes están informados sobre ello.

7. OBSERVACIONES.

Se adjunta por mail a la dirección indicada (calidadensalud@aragon.es) el protocolo elaborado para poder llevar a cabo este proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/931 ===== ***

Nº de registro: 0931

Título
PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

Autores:
ROS ARNAL IGNACIO, BARANGUAN CASTRO MARIA LUISA, GARCIA ROMERO RUTH, UBALDE SAINZ EDUARDO, FUENTES OLMO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las hepatopatías crónicas son poco frecuentes en la población pediátrica, e incluyen un amplio abanico de patologías. Los pacientes afectados siguen controles estrechos durante la edad pediátrica, pues por un lado es importante evaluar la progresión de su enfermedad y la eficacia de los tratamientos, que en ocasiones deben llevar de forma crónica, y por otro es fundamental la detección precoz de las complicaciones para establecer el tratamiento oportuno.

Las hepatitis crónicas por virus de hepatitis B (VHB) o C (VHC) son las más frecuentes, y en la población pediátrica la infección suele producirse por transmisión vertical. Hoy, gracias a los programas de vacunación universal frente Hepatitis B, ésta ha disminuido notablemente, por lo que la Hepatitis C se ha convertido en la causa principal de hepatitis crónica en niños. La Hepatitis C crónica afecta al 5.8% de los recién nacidos de madres infectadas por VHC. En los niños que se infectan por transmisión vertical puede producirse el aclaramiento del virus en los primeros 3 años, no obstante, el 80% de ellos desarrollan infección crónica. Hasta hace poco tiempo, el tratamiento se limitaba a ribavirina e interferón, con el cual se obtenían tasas de curación que oscilaban entre el 50% y el 100% según el genotipo, y asociaba numerosos efectos adversos. Sin embargo, actualmente se han desarrollado antivirales de acción directa, con lo que se están obteniendo tasas de curación de más del 95% en adultos, por lo que en estos momentos se recomienda esperara a que estos tratamientos estén disponibles para su uso en la edad pediátrica. La Hepatitis B crónica puede causar complicaciones severas a lo largo de la vida en al menos el 15% de los pacientes afectados. Su tratamiento, basado en Interferón alfa y antivirales (tenofovir y entecavir) no cura la infección salvo excepcionalmente, pero su objetivo es acortar la fase de inmunoeeliminación, disminuir la replicación viral, normalizar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

función hepática y conseguir la regresión del daño histológico.

Otra causa de hepatopatía crónica en pediatría es la Hepatitis Autoinmune, que es una enfermedad de origen desconocido que cursa con destrucción progresiva del parénquima hepático. Se caracteriza por elevación de transaminasas y de IgG, presencia de autoanticuerpos circulantes no órgano específicos, y en la biopsia se objetiva hepatitis de interfase. El tratamiento consiste en prednisona, habitualmente asociado a azatioprina. Por otro lado, la Enfermedad de Wilson es una enfermedad autosómica recesiva, provocada por una mutación en el gen ATP7B que favorece el acúmulo anormal de cobre fundamentalmente en hígado, cerebro y riñones, lo cual ocasiona toxicidad. La afectación hepática puede variar desde una disfunción asintomática, hasta hepatitis crónica, cirrosis, e insuficiencia hepática grave. El diagnóstico se realiza mediante determinación de ceruloplasmina y cobre en plasma, y excreción urinaria de cobre, así como estudio genético. El tratamiento se basa en quelantes como D-penicilamina o trientine, y otros que impiden la absorción intestinal como el zinc.

Por último, destacan ciertas patologías que se incluyen dentro de las causas de colestasis en el lactante, como son la Atresia de vías biliares, el Síndrome de Alagille, o la Colestasis Intrahepática Familiar Progresiva, las cuales ocasionan disfunción hepática progresiva, y precisan habitualmente trasplante hepático.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestra intención es facilitar la transición de pacientes afectados de hepatopatías crónicas desde la unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica al servicio de Digestivo de adultos.

MÉTODO

-Adecuada detección de los pacientes susceptibles de ser dados de alta de la unidad de gastroenterología pediátrica (Dr. Ros): Selección de pacientes susceptibles en función de su situación clínica, personal, familiar y de tratamientos

-Establecimiento de un protocolo de actuación de derivación en los pacientes seleccionados (Dra Baranguán): Realizar el protocolo

-Consulta conjunta de los casos entre la unidad de gastroenterología y nutrición pediátrica y servicio de digestivo de adultos (Dr. Ros, Dra. García Romero y Dr. Fuentes).

INDICADORES

-REDACCIÓN DE PROTOCOLO TRANSICIÓN DESDE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS EN LOS PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA.

Evaluación: se considerará cumplido el objetivo cuando esté redactado y aprobado por la Comisión Hospitalaria correspondiente (Unidad de Calidad-Servicio Aragonés de Salud).

-REALIZACIÓN DE CONSULTA CONJUNTA (En Hospital Infantil o en Hospital General).

Evaluador: Dr. Ros Arnal (cada 6 meses).

Indicadores: Porcentaje de pacientes con enfermedad hepática crónica dados de alta de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica valorados conjuntamente. Objetivo: > 90%.

DURACIÓN

PROYECTO DE CALIDAD 2016-2017.

Inicio: Noviembre 2016. Finalización: Noviembre 2017

Consulta conjunta en Unidad de Gastroenterología Pediátrica: Febrero 2017.

Consulta conjunta en Servicio de Digestivo : Junio 2017.

Evaluación: Marzo y Julio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0984

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (< O IGUAL A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O < O IGUAL A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL PINILLOS PISON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO PEREZ DELIA
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA
VILLANUEVA ORBAIZ TERESA
FUERTES ARAGÜES ELENA
IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL
LUQUE CARRO RAQUEL
KARINA ORTIZ JUAREZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Creación de un circuito de almacenaje y conservación del calostro: Todos
-Formación y difusión del personal de enfermería y matronas acerca de la importancia del calostro: Raquel Luque, Karina, Teresa Villanueva, Ana Izquierdo
-Creación de una vía clínica/protocolo de administración de calostro: Cristina Fernández, Raquel Pinillos, Delia Royo
-Elaboración de una pauta de extracción de calostro con hoja informativa: Karina, Raquel, Teresa, Ana
-Elaboración de un folleto informativo a mujeres con riesgo de parto prematuro sobre el funcionamiento de la unidad y cómo colaborar con la extracción de calostro: Delia
-Difusión en el servicio de Dietética la importancia del calostro y las nuevas indicaciones que se indicarán en la planilla de alimentación. Luisa Ros
-Creación de una ficha de dificultades/consulta de lactancia por cada madre y recién nacido. Raquel Pinillos, Cristina Fernández, Delia Royo.
Calendario previsto
Se prevee una duración de dos años:
-Octubre-Noviembre: difusión y puesta en común del proyecto en cada una de las unidades afectadas con implicación/formación básica del personal.
-Diciembre-Enero: elaboración de documentos. Díptico informativo para las madres, documentos informativos que indiquen pasos a realizar para el personal de todas las unidades implicadas, la ficha de evolución de lactancia y fichero de recogida de indicadores de evaluación/seguimiento.
-Febrero-indefinido: puesta en marcha del proyecto, iniciar la recogida y administración del calostro así como la cumplimentación de la hoja de lactancia y del fichero de indicadores de evaluación/seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la actualidad y desde hace meses se ha conseguido implantar el proyecto:
-Se propone, impusa y apoya la extracción de calostro precoz de la madre desde las primeras horas tras el parto. Se propone al ingreso en la UCI neonatal y se lleva a cabo en la planta 6ª de maternidad (donde permanece la madre inmediatamente tras el parto) en las primeras horas de vida.
-En la unidad de dietética se encargan de fraccionarlo.
-En la UCI-Neonatal se está administrando en todos los casos donde está indicado salvo que haya contraindicación y tengamos el calostro disponible.
Tratándose de un proyecto que se llevará a cabo en dos años de momento consideramos un éxito que ya se haya conseguido implantar pero es muy pronto para obtener resultados, todavía no se han recogido estos datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación ha sido posible gracias a la colaboración de todo el equipo de UCI-NN, con participación fundamental de supervisora, enfermería y auxiliares, así como de todo el equipo médico. La unidad de dietética ha sido fundamental, con la que hemos mantenido una estrecha colaboración y que se ha encargado de fraccionar el calostro y posteriormente administrarlo.
La evidencia ha demostrado que ésta es una práctica beneficiosa para el prematuro y sólo el hecho de haberlo implantado ya es todo un éxito, independientemente de los resultados de los indicadores que obtengamos el próximo año cuando evaluemos resultados. Desde luego hemos aprendido que con el trabajo en equipo se pueden conseguir grandes cosas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0984

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (< O IGUAL A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O < O IGUAL A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/984 ===== ***

Nº de registro: 0984

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

Autores:
PINILLOS PISON RAQUEL, ROYO PEREZ NIEVES DELIA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, VILLANUEVA ORBAIZ MARIA TERESA, LUQUE CARRO RAQUEL, IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL, ORTIZ JUAREZ KARINA, ROS TEGEL MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El calostro es la leche de los primeros días de vida tras el parto, cuyas características son más similares al líquido amniótico que a la leche madura. Posee propiedades inmunológicas, antiinflamatorias, epigenéticas y de protección de mucosas debido a que contiene alta cantidad de lactoferrina, inmunoglobulina A secretora, factores de crecimiento que actúan de forma sinérgica, citoquinas y antioxidantes.

Se han realizado distintos ensayos sobre la administración precoz del calostro por vía oral para estimular el sistema linfóide de la mucosa digestiva, desarrollando inmunidad de barrera y convirtiéndose en una inmunoterapia oral, administración que se ha demostrado segura. Se ha objetivado que los pacientes a los que se administra precozmente calostro de forma oral llegan antes a la alimentación enteral completa, con reducción de los días de nutrición parenteral y de vía central, conllevando una disminución de infección nosocomial, tan elevada en nuestra unidad y afectando sobre todo a los prematuros de más bajo peso. Son necesarios todavía más estudios para demostrar su asociación con la reducción de enterocolitis necrotizante y de neumonía asociada al respirador.

La estimulación del pecho en las primeras 6 horas tras el parto da lugar a que las madres aumenten la producción de leche, disminuyendo el consumo de leche donada, que se incrementa la cantidad de grasa de la leche, lo que puede mejorar el estado nutricional de los prematuros y se produzca un aumento de la tasa de lactancia al alta estadísticamente significativa, prioritario en una población susceptible al fracaso de la lactancia materna.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es obtención de calostro materno en las primeras 24-48 horas de vida seguido de su administración oral al prematuro desde su nacimiento hasta las 32 semanas de edad posmenstrual. Las consecuencias de esto serán:

- Nutrición enteral completa en menos tiempo, retirada precoz de la nutrición parenteral y vía central, con reducción de la tasa de infección nosocomial. Intentar reducir la incidencia de enterocolitis necrotizante.
- Conseguir, mediante explicaciones constantes a las madres, apoyo y soporte continuo durante el ingreso del recién nacido, un aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva al alta

MÉTODO

- Creación de un circuito de almacenaje y conservación del calostro: Todos
- Formación y difusión del personal de enfermería y matronas acerca de la importancia del calostro: Raquel Luque, Karina Ortiz, Teresa Villanueva, Ana Izquierdo.
- Creación de un protocolo de administración de calostro: Todos.
- Elaboración de una pauta de extracción de calostro con hoja informativa: Todos.
- Elaboración de un folleto informativo a mujeres con riesgo de parto prematuro sobre el funcionamiento de la unidad y cómo colaborar con la extracción de calostro: Delia Royo.
- Difusión en el servicio de Dietética de las nuevas indicaciones que se indicarán en la planilla. Luisa Ros.
- Creación de una ficha de dificultades/consulta de lactancia por cada madre y recién nacido. Raquel Pinillos, Cristina Fernández, Delia Royo.

INDICADORES

- Nº madres que realizan estimulación del pecho en primeras 6 horas tras el parto/ total de madres de recién

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0984

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (< O IGUAL A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O < O IGUAL A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

nacidos = a 32 semanas y/o =a 1500 gramos: 70-80%

- Nº de recién nacidos con edad gestacional = a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos que reciben calostro materno en las primeras 48 horas de vida/ total de recién nacidos con edad gestacional =a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos.
- Estancia media, días de nutrición parenteral y vía central de los recién nacidos con edad gestacional =a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos.
- Tasa de sepsis clínica y/o analítica: niños ingresados con edad gestacional =a 32 semanas y/o peso al nacimiento = a 1500 gramos que presentan a lo largo del ingreso sepsis clínica y/o analítica/ con edad gestacional = a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos.

DURACIÓN

Se prevé una duración de dos años:

- Octubre-Noviembre: difusión y puesta en común del proyecto en cada una de las unidades afectadas con implicación/formación básica del personal.
- Diciembre-Enero: elaboración de documentos. Díptico informativo para las madres, documentos informativos que indiquen pasos a realizar para el personal de todas las unidades implicadas, la ficha de evolución de lactancia y fichero de recogida de indicadores de evaluación/seguimiento.
- Febrero-indefinido: iniciar la recogida y administración del calostro, la cumplimentación de la hoja de lactancia y del fichero de indicadores de evaluación/seguimiento.

OBSERVACIONES

Nuestra unidad es la de un hospital de referencia, las madres de muchos pacientes viven fuera de Zaragoza y en muchas ocasiones pernoctan en sitios donde no disponen de congelador, siendo limitado el espacio del congelador de dietética, siendo preciso disponer de un nuevo congelador para la congelación del calostro

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1020

1. TÍTULO

MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN CAMPOS CALLEJA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE GRACIA CARMEN
FORCADA MARTIN TERESA
IRIARTE VICENTE MARIA JOSE
YUBE SANCHEZ MARISA
GARCES GOMEZ RAQUEL
INES MARTINEZ REDONDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones periódicas del equipo y designación de tareas.
- Búsqueda bibliográfica y en páginas web de diferentes centros hospitalarios de la información que reciben las familias a su llegada a Urgencias de Pediatría.
- Diseño de Poster informativo de Triage Pediátrico.
- Elaboración de encuesta de satisfacción a familias sobre la información recibida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- En la propuesta de apostar por la humanización de los diferentes espacios en urgencias de pediatría se ha conseguido la decoración de la Sala de Procedimientos, decoración infantil con dibujos y pinturas.
- Consenso en reunión de equipo para solicitar señalización horizontal en las siguientes áreas asistenciales de la Unidad (Sala de espera, Triage, BOXES, Sala de procedimientos, Traumatología, Zona de atención ambulante, Unidad de Observación y Radiodiagnóstico.....)
- Valoración por el equipo de mejora del poster informativo a familias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La decoración de los espacios en urgencias de pediatría tiene efectos muy beneficiosos en los niños y sus familias y debe ser una prioridad en la atención en urgencias de pediatría.
La valoración global del equipo es que son lentos los avances en las propuestas planteadas y que se ha retrasado el poner en marcha la señalización horizontal con el fin de facilitar el acceso a las diferentes estancias.
Continuamos trabajando para conseguir un ambiente más acogedor y estimulante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1020 ===== ***

Nº de registro: 1020

Título
MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
CAMPOS CALLEJA CARMEN, BOSQUE GRACIA CARMEN, FORCADA MARTIN TERESA, IRIARTE VICENTE MARIA JOSE, YUBE SANCHEZ MARISA, GARCES GOMEZ RAQUEL, MARTINEZ REDONDO INES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1020

1. TÍTULO

MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

PROBLEMA
En los últimos años ha cobrado importancia los cambios en el entorno físico hospitalario como mejora de la calidad percibida por los pacientes y familiares.
Las salas de espera en urgencias de pediatría son el primer contacto de los niños y familiares en su llegada a urgencias. El dotar de información clara y útil ofrece una mejora en la recepción de los niños y sus familias.

RESULTADOS ESPERADOS
-Humanización del espacio físico de la sala de espera de la Unidad de Urgencias de Pediatría mediante cartel informativo de bienvenida de todo el equipo multidisciplinar de urgencias (admisión, celadores, auxiliares, enfermeras y médicos).
-Informar del proceso de clasificación al paciente a su llegada a urgencias, "triaje", por medio de poster en sala espera.
-Disminuir retrasos en la atención al paciente por medio de colocación de señalizaciones claras y específicas a los accesos a las diferentes áreas: sala de espera, servicio de radiodiagnóstico, consultas de atención ambulantes y a boxes.
-Mejorar la satisfacción de familiares y pacientes de los cambios implantados

MÉTODO
1.- Reunión del equipo calidad, designar funciones de los miembros del grupo de trabajo con 3 enfermeras, 2 facultativos, 1 residente y 1 auxiliar.
2.- Recogida de información de otros centros de urgencias pediátricas (búsqueda web, presentaciones a reuniones científicas...)
3.- Diseño de poster de triaje y de bienvenida.
4.- Solicitud a subdirección del centro la instalación de señalización de salas
5.- Presentación en Sesión Clínica del Servicio
6.- Diseño de encuesta de valoración de información al usuario
7.- Evaluación de encuesta y otros indicadores a los 6 meses
8.- Reunión del grupo de mejora para análisis de los resultados

INDICADORES
Obtención de indicadores a los 6 meses :
- Disponer en Sala de espera de posters informativos y de las señalizaciones
- Realizar encuesta de satisfacción al usuario de la información recibida

DURACIÓN
Septiembre-Noviembre 2016:
-Reunión de equipo calidad y distribuir funciones
-Recogida de información de otros centros de urgencias pediátricas (búsqueda web, presentaciones a reuniones científicas...)
-Diseño de poster y señalizaciones

Diciembre 2016-Enero 2017:
-Presentación en Sesión Clínica del Servicio
-Implantación propuestas
-Diseño de modelo de encuesta de opinión al usuario

Marzo-Abril 2017:
-Evaluación de encuesta, análisis de resultados
-Reunión del grupo y evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1035

1. TÍTULO

MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE VIRGINIA GOMEZ BARRENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALONSO MARCOS EVA
GAZOL ALTAFAJ MONICA
BARBED FERRANDEZ SARA
ARRUDI MORENO MARTA
TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE LEIRE
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN
GARCES GOMEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado reunión de equipo de calidad en la que se detectaron los problemas percibidos por el personal, fundamentalmente problemas ambientales (frío excesivo por las noches), poca iluminación.
Se propone realizar una encuesta entre los padres de los pacientes atendidos en la sala para valorar su percepción sobre el espacio y la atención recibida.
Se realiza la encuesta durante 2 meses (septiembre-noviembre 16) valorando de forma anónima la satisfacción con el espacio y el personal (información recibida, respuesta a preguntas, conocimiento del niño...). Responden un 23% de los pacientes ingresados en la sala en este periodo.
Se valoran los resultados de la encuesta y se difunden entre el personal de la unidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS de la encuesta a familiares:

Se encuestaron 226 pacientes (23% de ingresados), 58% hombres y 28,8% menores de 2 años. Los motivos de estancia más frecuentes fueron: gastroenteritis(15%), bronquitis(14.2%), traumatismo craneal(12.4%) y dolor abdominal(11%). El tiempo medio fue de 6.2h con un rango entre 1 y 30h, sin observarse diferencias entre satisfacción global y mayor estancia. El destino final fue alta hospitalaria en 68% de los encuestados. En cuanto a la infraestructura lo peor valorado fue espacio, intimidad y temperatura ambiental. Un 13'7% valoró negativamente algún aspecto sobre la información recibida y/o identificación del personal sanitario. La satisfacción global media fue de 8.8/10. Existen diferencias en la satisfacción global e intimidad según la edad siendo mejor la valoración en mayores de 2 años. No se observan diferencias según turno, acompañante que cumplimenta la encuesta, espacio o motivo de estancia.

CONCLUSIONES:

La satisfacción global media es buena.
Debemos mejorar tanto la información como la forma en que la damos, protegiendo la intimidad e incidiendo en la identificación del personal.
Detectamos como posible factor de confusión una menor recogida de encuestas en pacientes que ingresan.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debemos identificarnos correctamente y presentarnos para que los pacientes /padres conozcan al personal médico y de enfermería que les está atendiendo en cada turno.
Intentamos mejorar la satisfacción con los aspectos ambientales ofreciendo mantas y llamando a servicios técnicos para intentar corregir los problemas puntualmente porque el problema de acondicionamiento del aire es difícil de solucionar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1035 ===== ***

Nº de registro: 1035

Título
MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN LA SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
GOMEZ BARRENA VIRGINIA, ALONSO MARCOS EVA, GAZEL ALTAFAJ MONICA, BARBED FERRANDEZ SARA, ARRUDI MORENO MARTA, TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE LEIRE, RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1035

1. TÍTULO

MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología aguda que precisa atención urgente
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La sala observación de urgencias de pediatría es un recurso que permite evaluar y tratar a pacientes en un tiempo recortado (menos de 24 horas) consiguiéndose adecuar las indicaciones de ingresos. Durante este tiempo el niño y sus familiares comparten espacio y tiempo con otros pacientes y los diferentes miembros del equipo de profesionales sanitarios que los atienden (auxiliares, enfermeras y médicos). Las condiciones físicas de la sala, la disponibilidad de personal y el grado de ocupación pueden hacer más o menos cómoda su estancia, facilitar o no el proceso asistencial y agilizar el tratamiento que precisa su situación clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detectar aspectos mejorables en la atención a los pacientes por los diferentes profesionales en la sala de observación .
- Desarrollar estrategias de modificación de conductas/actitudes por el equipo.
- Agilizar el proceso de ingreso en planta en lo casos necesarios
- Mejorar la satisfacción de familiares y pacientes de los cambios implantados

MÉTODO

- 1.- Reunión del equipo calidad, designar funciones de los miembros del grupo de trabajo con 3 enfermeras, 2 facultativos, 2 residentes y una auxiliar.
- 2.- Análisis de opiniones detectadas en el equipo y diseño de encuesta de opinión especificando las diferentes aspectos a evaluar: identificación del personal, accesibilidad y trato recibido (residentes de pediatría).
- 3.- Presentación y consenso de la encuesta con los miembros de la unidad.
- 4.- Recogida de encuesta y análisis de resultados.
- 5.- Propuesta de trabajo para resolver propuestas de mejora.
- 6- Reunión del grupo de mejora. Presentación en sesión clínica del Servicio de Pediatría.

INDICADORES

Reuniones periódicas de equipo de trabajo
- Diseño de encuesta
- Complimentación de la encuesta por parte de los familiares acompañantes
- Análisis de resultados y listado de acciones de cambios/mejora

DURACIÓN

Septiembre 2016

- Reunión de equipo calidad y distribuir funciones.
- Análisis de opiniones detectadas en el equipo.
- Diseño de encuesta de opinión.

Octubre- Diciembre 2016

- Recogida de encuesta.

Enero- febrero 2017

- Evaluación de encuesta.
- Reunión de equipo de trabajo con análisis de resultados y propuestas de mejora.
- Presentación en Sesión Clínica del Servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1035

1. TÍTULO

MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1343

1. TÍTULO

MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE RUTH GARCIA ROMERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES NILSSON ANA KARIN
BARANGUAN CASTRO MARIA LUISA
CASTAN LARRAZ BEATRIZ
CADEVILLA LAFUENTE PILAR
FERNANDO MARTINEZ RUTH
LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los componentes del equipo han realizado:

- Encuesta previa al inicio del proyecto, para valorar su conocimiento y opinión sobre uso de probióticos (se adjunta) (Octubre 2017)

1. Utiliza probióticos en su práctica pediátrica habitual?
a- siempre que la patología atendida lo requiere b- solo en determinadas patologías c- no suelo recomendar.
Si ha contestado "no suelo recomendar", señalar el motivo y ha terminado la encuesta
? no evidencia científica suficiente
? no necesario como prevencion
? son muy caros
? no tengo tiempo en la consulta
? otros
2. En qué patologías suele emplear probióticos? Señalar todas en las que emplee
-GEA-Prevención de diarrea por antibióticos- Dolor abdominal funcional- Cólicos del lactante- Estreñimiento- Dermatitis atópica
- 3 A la hora de recomendar un probiótico, ordenar del 1 al 5 por orden de importancia (1 lo menos importante y 5 lo de mayor importancia)
- Recomendación de Guías de práctica clínica- Información del visitador médico- Precio- Sabor- Disponibilidad gotas.

- Puesta en común del proyecto de mejora y actualización de sus conocimientos en relación al objetivo del proyecto. Información online, vía mail y presencial (Octubre 2017)

- Encuesta de satisfacción al finalizar el proyecto (se adjunta) (Diciembre 2017)

Tras la participación en el Proyecto de Calidad sobre recomendación de probióticos en urgencias de Pediatría, le agradeceríamos contestara a las siguientes preguntas:

1. El conocimiento que tiene sobre el uso de los probióticos en la práctica pediátrica:
a. ha mejorado el conocimiento de su uso en todas las patologías en que hay evidencia b. Sólo ha mejorado en las patologías incluidas en el proyectoc. no ha cambiado
2. En qué patologías ha mejorado su conocimiento
a. GEA b. Prevención de diarrea asociada a antibióticos c. Otras (especificar)
- 3.¿ Ha cambiado el uso de probióticos en GEA ? a. Sí, ahora lo utilizo siempre b. Lo utilizo más frecuentemente pero no de forma habitual. c. No ha cambiado
- 4 .¿Ha cambiado el uso de probióticos en la prevención de diarrea asociada a antibióticos?
a. Sí, ahora lo utilizo siempre b. Lo utilizo más frecuentemente pero no de forma habitual c. No ha cambiado
- 5.¿ Ha cambiado el uso de probióticos en otras patologías?
a. Si (especificar)b. No, sólo en las incluidas en el proyecto
- 6.A la hora de recomendar un probiótico, ha cambiado el criterio de uso?
a. Sí, me baso más en la evidencia científica b. No, prefiero recomendar según precio o forma galénica c. Depende del nivel socioeconómico y la edad del niño
7. ¿Se ha encontrado con alguna dificultad en la cumplimentación del proyecto?a. requiere tiempo para la información y la presión asistencial lo dificulta b. Las familias no aceptan bien la recomendación de un producto no financiado c. Si no se dispone de recetas del producto, se enlentece la asistencia al tener que realizar recetas no financiada
8. El nivel de satisfacción a la participación en el proyecto lo calificaría
a. Alto por mejora de conocimiento y calidad asistencial b. Medio, ha mejorado parcialmente alguno de los aspectos c. Deficiente, no he observado ninguna mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1343

1. TÍTULO

MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2017, los componentes del proyecto de calidad, cuyo trabajo asistencial se desarrolla en urgencias pediátricas del Hospital Royo Villanova, realizan recomendación de probióticos a todos los niños atendidos que cumplan criterios de inclusión:
Población de 0 -14 años que consulte por cuadro clínico de GEA
Población de 0-14 años a la que se le prescriba antibioterapia oral por patología infecciosa que lo precise.
Al ser productos no financiados, se realiza receta blanca. Se incluye por escrito en las recomendaciones de tratamiento del informe de alta.
Asimismo para comprobar adherencia a la recomendación, cada pediatra ha realizado un registro de 30 pacientes, elegidos de forma aleatoria, a los que se les solicitó previamente permiso para contactar telefónicamente con ellos, realizando encuesta sobre adquisición del producto y cumplimentación.

RESULTADOS EN CUANTO A MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Encuesta previa:

1. Uso probióticos: 83% en determinadas patologías 17% Siempre
2. Patologías en las que emplea: 65% en GEA, 50% cólicos del lactante, 33% prevención de diarrea asociada a antibióticos

Encuesta final:

1. El conocimiento sobre probióticos ha mejorado 100%: En todas las patologías 66%, en las patologías incluidas en el proyecto 33%.
2. Las patologías en las que se ha mejorado el conocimiento 83% en la prevención de diarrea asociada a antibióticos, 50% GEA
3. Ha mejorado el uso de probióticos en GEA en el 100%, los utiliza siempre 83%, más frecuentemente 17%.
4. Ha mejorado el uso de probióticos en prevención de diarrea asociada a antibióticos 100%: 50% siempre, 50% más frecuentemente
5. Ha mejorado el uso en otras patologías: Dolor abdominal funcional 33%, dermatitis 33%, cólicos 17%
6. A la hora de recomendar un probiótico el 83% se basa más en la evidencia científica, 17% prefiere tener en cuenta el nivel económico de la familia.
7. Dificultades a la hora de recomendar el probiótico en el servicio de urgencias:
50% refieren que la presión asistencial dificulta la recomendación al requerir tiempo para ello, 17% la receta blanca requiere tiempo.
8. El nivel de satisfacción en el 100% ha sido alto por mejora de conocimiento y calidad asistencial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe amplia evidencia científica (Nivel 1 grado de recomendación A) sobre la utilidad del uso de probióticos en GEA y prevención de diarrea asociada a antibióticos. Sin embargo al ser productos no financiados, cuya adquisición depende del consejo del pediatra, es muy importante la formación adecuada del profesional y su implicación en la información a las familias.

La participación en este proyecto de calidad ha permitido mejorar la formación de los profesionales que hemos participado en el mismo, lo que se ha traducido en una mejor calidad asistencial de los niños atendidos durante su implementación. Asimismo, detecta posibles puntos de mejora, la presión asistencial dificulta el dedicar un tiempo suficiente para una adecuada información.

Queda pendiente como objetivo secundario, el comprobar la adherencia de las familias a la recomendación realizada y, si la cumplimentación posológica es adecuada. Para ello se analizarán las 180 encuestas realizadas a las familias.

Asimismo, consideramos que una vez iniciado este proyecto, debe incluirse dentro de la práctica habitual del servicio de urgencias pediátricas, por lo que se realizará continuidad del mismo en el año 2018, evaluando mediante revisión de informes de urgencias, si la recomendación de probióticos en las patologías que así lo indican, se mantiene en niveles de calidad.

7. OBSERVACIONES.

Ha habido un cambio en las personas componentes del equipo de mejora. La Dra Carmen Puig García no ha participado finalmente en este proyecto y ha sido sustituida por la Dra María Luisa Baranguan Castro.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1343 ===== ***

Nº de registro: 1343

Título
MEJORA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENT. AGUDAS Y PATOLOGIAS QUE REQUIEREN ANTIBIOTERAPIA ORAL, VISTAS EN URG. PEDIATRICAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1343

1. TÍTULO

MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
GARCIA ROMERO RUTH, CASTAN LARRAZ BEATRIZ, CAUDEVILLA LAFUENTE PILAR, FERNANDO MARTINEZ RUTH, GARCES GOMEZ RAQUEL, LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, PUIG GARCIA MARIA CARMEN, ANDRES NILSSON ANA KARIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El último informe sobre uso de antibióticos en España (ESAC-Net 2011), muestra un incremento del consumo, hasta 20,9 DHD(dosis/habitante/día) y mayor prescripción de penicilinas con inhibidores de betalactamasas, que producen más impacto en el ecosistema gastrointestinal, sobre todo en edad pediátrica.
Las patologías más prevalentes en niños, para uso de antibióticos, son la faringoamigdalitis aguda (50%) y la otitis media aguda (25%). Van a presentar diarrea asociada a antibióticos el 2-5% de los casos, sobre todo con amoxicilina-clavulánico (hasta 25%) o cefalosporinas (hasta 20%).
La recomendación del uso de probióticos supone un avance en el campo de la prevención de la diarrea asociada a antibiótico, pues aumentan la resistencia a la colonización por bacterias patógenas, interfieren con las toxinas patógenas y mejoran la inmunidad.

Otro motivo frecuente de utilización de los servicios de urgencias son las gastroenteritis agudas en niños, la mayoría, 80%, de etiología vírica, no existiendo tratamiento específico, sólo de sostén.
Existe evidencia suficiente, sobre la eficacia de los probióticos en la diarrea aguda infecciosa, mediante la estimulación del sistema inmunitario, la competencia por los sitios de adherencia a la células intestinales y la elaboración de sustancias neutralizantes de microorganismos patógenos. Los efectos son más notables cuanto más precozmente se administran. Nivel de evidencia I, grado de recomendación A. (Guía multidisciplinar SEGNHP-SEIP 2010).
La situación actual muestra, que a pesar de lo comentado, en los servicios de urgencias, no se realiza recomendación sistemática de probióticos. Puede influir la presión asistencial, pero, también, que el profesional considere que la recomendación de probióticos debe de realizarse en consultas de primaria. Sin embargo, con frecuencia estos niños, no son vistos por su pediatra en las siguientes 24 horas, con lo que se retrasa o, no se llega a iniciar el tratamiento.
Las consecuencias son peores resultados en salud, aumento del uso de recursos humanos y gasto sanitario.
Al tratarse de productos no financiados, su recomendación no supone un coste económico al sistema público, pero su adquisición sí que depende del consejo del pediatra. Estudios previos, entre los que se incluyen un proyecto de calidad del Salud, realizado en Atención Primaria del Sector Zaragoza 1, año 2013, muestra una alta adherencia al consejo del pediatra, 70%.

RESULTADOS ESPERADOS

Población incluida: Todos los pacientes pediátricos, que en el período del estudio, sean atendidos en urgencias de Pediatría del Hospital Rojo Villanova, por cuadros de gastroenteritis aguda o por patología infecciosa que requiera antibioterapia oral.

Nuestra propuesta podría servir para:

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 la duración de la enfermedad
Aplicación de la experiencia llevada a cabo, en Atención Primaria del Sector Zaragoza 1.

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

- Mejorar el conocimiento de los pediatras que atienden urgencias infantiles del uso de probióticos y de la importancia de su administración precoz.
- Recomendación sistemática en urgencias de probióticos, cuando la patología lo precise.
- Mejora del proceso asistencial y de la seguridad del niño.

MÉTODO

Encuesta inicial dirigida a los miembros del Equipo, para valorar el conocimiento y opinión sobre uso de probióticos.
Sesión Formativa impartida por la coordinadora del estudio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1343

1. TÍTULO

MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Reunión inicial y, al final del proyecto, de los miembros del equipo.
Encuesta de satisfacción a los miembros del Equipo al finalizar el proyecto.

Población incluida: Niños de 0 - 14 años, atendidos en urgencias de Pediatría del Hospital Royo Villanova, por cuadros de gastroenteritis aguda o patología infecciosa que requiera antibioterapia oral, en el informe de alta, constará por escrito, la recomendación de probióticos y posología.

Valoración de la adherencia a la recomendación del probiótico: Encuesta telefónica.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes en los que se cumple criterio de calidad de recomendación de probióticos.
Número de HCE, en las que conste en informe de alta recomendación de probióticos/total de HCE seleccionadas.
Se analizará el indicador en el grupo de GEA y antibioterapia oral.
- Adherencia a la recomendación: N° pacientes que han comprado el probiótico / N° a los que se ha recomendado.
No hay referencias previas de calidad. Límite superior 80%, inferior 50%

DURACIÓN

- Julio 2017: Encuesta inicial, sesión formativa, puesta en común.
- Septiembre 2017: Inicio del proyecto de calidad. Se pretende que una vez iniciado, se aplique de forma sistemática y continuidad, formando parte de la práctica habitual
Marzo 2018: Evaluación de indicadores seleccionados.
Junio 2018: Informe final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA GARCIA ESCUDERO

· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Definición de las patologías del periodo neonatal tributarias de seguimiento.
- Definir aquellas patologías "menores" cuyo seguimiento puede ser llevado por el Pediatría de Atención Primaria
- Definir patologías en las que se generan duplicidades entre la consulta de seguimiento neonatal y otras subespecialidades pediátricas y concretar con sus responsables el seguimiento exclusivo por su unidad.
- Dividir la patología neonatal que requiere seguimiento en nuestra consulta en 3 subgrupos: Consulta de Seguimiento Neurológico / Consulta de Seguimiento del Recién nacido <1500 gr y/o <32 semanas de gestación / Consulta de Neonatología general
- Definir los criterios de derivación de maternidad a la Consulta de Neonatología de Alta resolución

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Organización de la consulta por patologías.
- Evitar duplicidades.
- Disminuir el número de pacientes citados a la consulta lo que permite que se disponga de más tiempo para pacientes dentro de un programa de seguimiento complejo (recién nacidos de <1500 gr y/o <32 semanas de gestación)
- Haber podido asumir la pérdida de una consulta de Neonatología de tardes.
Los indicadores propuestos una vez puesto en marcha el proyecto se analizarán al año de su inicio (año natural 2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Necesidad de facilitar al paciente y sus familias los controles ambulatorios evitando duplicidades.
Una mayor organización de la consulta permite disponer de un mayor tiempo para aquellos pacientes que así lo requieren.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1768 ===== ***

Nº de registro: 1768

Título
REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

Autores:
GARCIA ESCUDERO CRISTINA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, RITE GRACIA SEGUNDO, ABENIA USON PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacidos que requieren seguimiento
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años ha habido un aumento significativo del número de recién nacidos de muy bajo peso (<1500 gramos) que sobreviven. Estos recién nacidos requieren un seguimiento planificado de acuerdo con las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

recomendaciones actuales de la Sociedad Española de Neonatología. Sin embargo, estos no son los únicos recién nacidos que requieren un seguimiento, destacando igualmente aquellos con patologías que suponen riesgo para el neurodesarrollo.

La Unidad de Neonatología dispone actualmente de tres consultas tras la jubilación de una facultativa que pasaba una consulta de tardes. El gran volumen de seguimiento que genera una unidad de nivel III como la del Hospital Miguel Servet requiere una reorganización de la actividad de consultas externas tanto para adaptarnos al número de consultas que se dispone así como organizar las mismas en función de las características y necesidades de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: Reorganización del área de consulta externa de seguimiento de la Unidad de Neonatología del Hospital Miguel Servet haciéndola sostenible a pesar del incremento del pacientes que precisan seguimiento y la menor disponibilidad actual de número de consultas.

Población diana: Recién nacidos que precisan seguimiento.

Servicios a los que se dirige la intervención: la propia Unidad de Neonatología así como otras subespecialidades pediátricas con las que se tratará de evitar duplicidades en la consulta y atención primaria.

MÉTODO

- Realizar un análisis de los distintos grupos de patología tributarias de seguimiento neonatal.
- Clasificación de dichos grupos de patología en 3 consultas:
- Consulta de Seguimiento neurológico (Neurología Neonatal)
- Consulta de Seguimiento del recién nacido <1500 gr / < 32 semanas de gestación al nacimiento
- Consulta de Neonatología General
- En función del volumen de cada grupo realizar un reparto proporcional de las consultas disponibles.
- Analizar patologías donde existe duplicidad con otras consultas en corto - medio plazo: Valorar con dichas especialidades la posibilidad de que el seguimiento se realice desde el alta por las mismas.
- Analizar grupos de patología cuyo seguimiento se podría realizar en Atención Primaria y fueran derivados a nuestra consulta sólo en el caso de detectar desviaciones en el seguimiento.

INDICADORES

Octubre 2017: Puesta en marcha de la nueva distribución del área de consulta externa de Neonatología atendiendo a los aspectos incluidos en el punto anterior.

En 2018 analizar la viabilidad de los cambios establecidos con los siguientes indicadores:

- Consulta de Seguimiento del <1500 gramos: Número de pacientes citados por consulta igual o menor a 20 (Estándar: 80% del total de días analizado).
- Disminución del número de recién nacidos en consulta de seguimiento respecto al año 2016 (Estándar: Reducción igual o mayor al 20%).

DURACIÓN

Octubre 2017: Puesta en marcha del programa.

Previamente se habrán establecido las reuniones pertinentes de la Unidad para analizar los aspectos comentados en el punto 6 así como con otras subespecialidades pediátricas.

Diciembre 2018: Análisis de los indicadores incluidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA GARCIA ESCUDERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA
RITE GRACIA SEGUNDO
ABENIA USON PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el segundo semestre de 2017 y primer trimestre de 2018 se llevó a cabo la siguientes medidas para hacer sostenible una consulta en la que se ha incrementado el número de recién nacidos de muy bajo peso que precisan seguimiento y se ha perdido una consulta de tardes (exención de guardias) por jubilación de una facultativa:

- Definición de las patologías del periodo neonatal tributarias de seguimiento.
- Definir aquellas patologías "menores" cuyo seguimiento puede ser llevado por el Pediatría de Atención Primaria
- Definir patologías en las que se generan duplicidades entre la consulta de seguimiento neonatal y otras subespecialidades pediátricas y concretar con sus responsables el seguimiento exclusivo por su unidad.
- Dividir la patología neonatal que requiere seguimiento en nuestra consulta en 3 subgrupos: Consulta de Seguimiento Neurológico (iNeoNR) / Consulto de Seguimiento del Recién nacido <1500 gr y/o <32 semanas de gestación (iNeo15) / Consulta de Neonatología general (iNeoNA).
- Definir los criterios de derivación de maternidad a la Consulta de Neonatología de Alta resolución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con estas medidas se ha conseguido:

- Organización de la consulta por patologías.
- Evitar duplicidades.
- Haber podido asumir la pérdida de una consulta de Neonatología de tardes.
- Indicadores definidos:
 - a) Disminución del número de recién nacidos en seguimiento: +4.1% (no alcanzada una reducción efectiva, por el incremento de número de recién nacidos prematuros <1500 gr que requirieron seguimiento).
 - b) Número de días de consulta (iNeo15) con 20 pacientes o menos citados: 79,66% (La reorganización de las consultas ha permitido centrar los recursos en la población de recién nacidos con peso <1500 gr. que han aumentado de forma muy notable en los últimos años, consiguiéndose que en el 80% de las consultas no se sobrepase el límite de 20 pacientes, estándar: igual o mayor al 80%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de la pérdida de una consulta de tardes y el incremento de recién nacidos prematuros que sobreviven y requieren seguimiento a largo plazo, se ha logrado hacer viable la consulta actual gracias a la reestructuración llevada a cabo, sin embargo, no se ha logrado una reducción significativa del número de pacientes vistos, por lo que por un lado habrá que incidir en los criterios de derivación desde el área de hospitalización y probablemente en la necesidad de una consulta adicional de Neonatología.

7. OBSERVACIONES.

No.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1768 ===== ***

Nº de registro: 1768

Título
REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

Autores:
GARCIA ESCUDERO CRISTINA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, RITE GRACIA SEGUNDO, ABENIA USON PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA

Otro Tipo Patología: Recién nacidos que requieren seguimiento
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años ha habido un aumento significativo del número de recién nacidos de muy bajo peso (<1500 gramos) que sobreviven. Estos recién nacidos requieren un seguimiento planificado de acuerdo con las recomendaciones actuales de la Sociedad Española de Neonatología. Sin embargo, estos no son los únicos recién nacidos que requieren un seguimiento, destacando igualmente aquellos con patologías que suponen riesgo para el neurodesarrollo.
La Unidad de Neonatología dispone actualmente de tres consultas tras la jubilación de una facultativa que pasaba una consulta de tardes. El gran volumen de seguimiento que genera una unidad de nivel III como la del Hospital Miguel Servet requiere una reorganización de la actividad de consultas externas tanto para adaptarnos al número de consultas que se dispone así como organizar las mismas en función de las características y necesidades de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: Reorganización del área de consulta externa de seguimiento de la Unidad de Neonatología del Hospital Miguel Servet haciendola sostenible a pesar del incremento del pacientes que precisan seguimiento y la menor disponibilidad actual de número de consultas.
Población diana: Recién nacidos que precisan seguimiento.
Servicios a los que se dirige la intervención: la propia Unidad de Neonatología así como otras subespecialidades pediátricas con las que se tratará de evitar duplicidades en la consulta y atención primaria.

MÉTODO

- Realizar un análisis de los distintos grupos de patología tributarias de seguimiento neonatal.
- Clasificación de dichos grupos de patología en 3 consultas:
- Consulta de Seguimiento neurológico (Neurología Neonatal)
- Consulta de Seguimiento del recién nacido <1500 gr / < 32 semanas de gestación al nacimiento
- Consulta de Neonatología General
- En función del volumen de cada grupo realizar un reparto proporcional de las consultas disponibles.
- Analizar patologías donde existe duplicidad con otras consultas en corto - medio plazo: Valorar con dichas especialidades la posibilidad de que el seguimiento se realice desde el alta por las mismas.
- Analizar grupos de patología cuyo seguimiento se podría realizar en Atención Primaria y fueran derivados a nuestra consulta sólo en el caso de detectar desviaciones en el seguimiento.

INDICADORES

Octubre 2017: Puesta en marcha de la nueva distribución del área de consulta externa de Neonatología atendiendo a los aspectos incluidos en el punto anterior.
En 2018 analizar la viabilidad de los cambios establecidos con los siguientes indicadores:
- Consulta de Seguimiento del <1500 gramos: Número de pacientes citados por consulta igual o menor a 20 (Estándar: 80% del total de días analizado).
- Disminución del número de recién nacidos en consulta de seguimiento respecto al año 2016 (Estándar: Reducción igual o mayor al 20%).

DURACIÓN

Octubre 2017: Puesta en marcha del programa.
Previamente se habrán establecido las reuniones pertinentes de la Unidad para analizar los aspectos comentados en el punto 6 así como con otras subespecialidades pediátricas.
Diciembre 2018: Análisis de los indicadores incluidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDADESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR ABENIA USON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALVE PRADEL ZENAIDA
MARTINEZ MORAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Participación del Dr. Segundo Rite (Jefe de Sección de Neonatología H. Miguel Servet) como responsable del Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Neonatología sobre "Criterios de Alta del Recién nacido".
- Elaboración de un protocolo interno de la Unidad de Neonatología sobre Criterios de Alta del recién nacido incluyendo lo relativo a criterios de idoneidad para realizar un alta precoz (<48 horas).
- Elaboración de Check list.
- Consenso con otras partes implicadas: Obstetricia, Supervisores enfermería área de hospitalización obstétrica, Bioquímica (cribado endocrino-metabólico).
- Puesta en marcha del programa alta precoz (febrero 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de documentos (Protocolo - Check list)
Acuerdo con otros servicios implicados
Puesta en marcha del programa en febrero 2018.
En la siguiente memoria de seguimiento se recogerán los indicadores referentes al primer año de puesta en marcha (2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El alta neonatal precoz es factible pero dependiente de un importante grado de coordinación con otras partes implicadas (obstetricia, enfermería de hospitalización obstétrica y bioquímica) de cara a que se puedan llevar a cabo con las máximas garantías de seguridad.

7. OBSERVACIONES.
Ninguna.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1769 ===== ***

Nº de registro: 1769

Título
PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48 HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

Autores:
ABENIA USON PILAR, GALVE PRADEL ZENAIDA, MARTINEZ MORAL MARIA, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacido sano
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La duración de la estancia del binomio madre - recién nacido tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; en nuestro medio, en la actualidad, lo habitual es una estancia hospitalaria del RN sano

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDADESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

de al menos 48 horas cuando el parto ha sido vaginal, o de al menos 72-96 horas cuando el nacimiento ha sido mediante cesárea. Esta práctica es recomendable ya que, en general, es durante dicho periodo cuando algunas enfermedades pueden manifestarse, y además, se puede conocer con mayor exactitud la capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal, y pueden realizarse los cuidados y las recomendaciones necesarias para el RN en su domicilio. Sin embargo, en la actualidad una demanda cada vez mayor es el alta antes de las 48 horas (alta neonatal precoz) siempre en recién nacidos a término, frutos de embarazos y partos no complicados.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: Establecer un programa de alta precoz del recién nacido sano a petición de la madre y siempre que se cumplan unos criterios definidos por el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (An Pediatr (Barc);86(5): 289.e1-289.e6).

Población diana: Recién nacidos término sanos de <48 horas (siempre más de 24 horas) fruto de embarazos y partos no complicados.

Servicios a los que se dirige: Neonatología / Obstetricia (la petición de alta precoz parte de la solicitud de alta materna) / Matronas.

MÉTODO

Elaboración del protocolo "CRITERIOS DE ALTA DEL RECIÉN NACIDO EN MATERNIDAD DEL HOSPITAL

UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET" que incluye las condiciones para facilitar un alta precoz neonatal.

Documento a consensuar con Obstetricia / Matronas / Enfermería de áreas de hospitalización obstétrica / Bioquímica (Cribado endocrinometabólico).

Dar a conocer el protocolo a las partes interesadas, especialmente los criterios de alta precoz / check list.

INDICADORES

2017: Elaboración de documentos.

2018: Puesta en marcha del programa. En relación al mismo los siguientes indicadores (fuente de datos: Historias clínicas):

- Indicador 1: N° de historias en las que consta el Check list de alta precoz / N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.

- Indicador 2: N° de historias en las que consta determinación de bilirrubina en recién nacidos con alta precoz / N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 90%.

- Indicador 3: N° de historias en las que consta el compromiso firmado de acudir a la realización del cribado en recién nacidos con alta precoz/ N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.

- Indicador 4: N° de historias en las que consta citación a la consulta de Alta resolución a las 24 - 48 horas del alta precoz / N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo (fecha fin: Septiembre 2017)

- Elaboración del listado de verificación (check list) de alta precoz neonatal.

- Consenso con otras especialidades implicadas (Obstetricia - Bioquímica).

- Coordinación con las consultas de Alta resolución neonatal para visita del recién nacido dado de alta en un plazo inferior a 48 horas.

- Puesta en marcha del Programa (Enero-febrero 2018).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR ABENIA USON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RITE GRACIA SEGUNDO
GALVE PRADEL ZENAIDA
MARTINEZ MORAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaboración de un protocolo nacional con la participación del Dr. Segundo Rite sobre Criterios de alta del recién nacido sano.
- Se ha adaptado dicho documento en nuestra unidad elaborando un documento sobre Criterios de Alta del recién nacido incluyendo lo relativo a criterios de idoneidad para realizar un alta precoz (<48 horas). Dentro del mismo se elaboró un check-list consensuada con Obstetricia y Enfermería de Hospitalización Obstétrica, así como Bioquímica (cribado endocrino-metabólico).
- El protocolo entra en marcha tras su presentación en el Servicio de Pediatría en julio de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cierre del documento - protocolo de consenso.
Presentación en sesión del Servicio de Pediatría
Inicio en Julio de 2018

Indicadores:

- Número de historias en las que consta check-list de alta precoz: 100%
- Número de historias en la que consta bilirrubina en RN con alta precoz: 100%
- Número de historias en la que consta el compromiso firmado de acudir a la realización del cribado endocrino-metabólico: 100% (sin embargo, en 1 caso a posteriori la madre se negó a acudir para su realización).
- Número de historias en la que consta la citación a la consulta de Alta resolución a las 24-48 horas: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El alta neonatal precoz es factible pero dependiente de un importante grado de coordinación con otras partes implicadas (obstetricia, enfermería de hospitalización obstétrica y bioquímica) de cara a que se puedan llevar a cabo con las máximas garantías de seguridad.
En el año de su inicio, ha sido solicitado por un pequeño porcentaje de madres, siendo satisfactorio su desarrollo en todos los casos salvo en 1 caso donde a posteriori la madre se negó a acudir a la realización del cribado / consulta de alta resolución. Este caso nos obliga a analizar más detenidamente no sólo aspectos clínicos para la valoración de idoneidad del alta precoz, sino igualmente aspectos sociales.

7. OBSERVACIONES.

Ninguna. Dado que el programa sólo lleva desarrollándose de forma efectiva 6 meses, esta memoria es de seguimiento, y por lo tanto será evaluado nuevamente el próximo año, siendo incluido por lo tanto en el Acuerdo de Gestión de 2019.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1769 ===== ***

Nº de registro: 1769

Título
PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48 HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

Autores:
ABENIA USON PILAR, GALVE PRADEL ZENAIDA, MARTINEZ MORAL MARIA, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacido sano

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La duración de la estancia del binomio madre - recién nacido tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; en nuestro medio, en la actualidad, lo habitual es una estancia hospitalaria del RN sano de al menos 48 horas cuando el parto ha sido vaginal, o de al menos 72-96 horas cuando el nacimiento ha sido mediante cesárea. Esta práctica es recomendable ya que, en general, es durante dicho periodo cuando algunas enfermedades pueden manifestarse, y además, se puede conocer con mayor exactitud la capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal, y pueden realizarse los cuidados y las recomendaciones necesarias para el RN en su domicilio. Sin embargo, en la actualidad una demanda cada vez mayor es el alta antes de las 48 horas (alta neonatal precoz) siempre en recién nacidos a término, frutos de embarazos y partos no complicados.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: Establecer un programa de alta precoz del recién nacido sano a petición de la madre y siempre que se cumplan unos criterios definidos por el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (An Pediatr (Barc);86(5): 289.e1-289.e6).
Población diana: Recién nacidos término sanos de <48 horas (siempre más de 24 horas) fruto de embarazos y partos no complicados.
Servicios a los que se dirige: Neonatología / Obstetricia (la petición de alta precoz parte de la solicitud de alta materna) / Matronas.

MÉTODO

Elaboración del protocolo "CRITERIOS DE ALTA DEL RECIÉN NACIDO EN MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET" que incluye las condiciones para facilitar un alta precoz neonatal.
Documento a consensuar con Obstetricia / Matronas / Enfermería de áreas de hospitalización obstétrica / Bioquímica (Cribado endocrinometabólico).
Dar a conocer el protocolo a las partes interesadas, especialmente los criterios de alta precoz / check list.

INDICADORES

2017: Elaboración de documentos.
2018: Puesta en marcha del programa. En relación al mismo los siguientes indicadores (fuente de datos: Historias clínicas):
- Indicador 1: N° de historias en las que consta el Check list de alta precoz / N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.
- Indicador 2: N° de historias en las que consta determinación de bilirrubina en recién nacidos con alta precoz / N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 90%.
- Indicador 3: N° de historias en las que consta el compromiso firmado de acudir a la realización del cribado en recién nacidos con alta precoz/ N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.
- Indicador 4: N° de historias en las que consta citación a la consulta de Alta resolución a las 24 - 48 horas del alta precoz / N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo (fecha fin: Septiembre 2017)
- Elaboración del listado de verificación (check list) de alta precoz neonatal.
- Consenso con otras especialidades implicadas (Obstetricia - Bioquímica).
- Coordinación con las consultas de Alta resolución neonatal para visita del recién nacido dado de alta en un plazo inferior a 48 horas.
- Puesta en marcha del Programa (Enero-febrero 2018).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE SONIA TORRES CLAVERAS
· 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
CURTO SIMON BEATRIZ
RITE GRACIA SEGUNDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración del mapa del proceso RCP neonatal
Elaboración del Proceso RCP Neonatal teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
- Clientes (Internos y Externos)
- Preparación (Recurso: material y personas)
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal y evaluación global).
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Proyecto iniciado con documentación elaborada.
Mejora de la coordinación de las distintas partes implicadas en la Reanimación neonatal: Obstetrica - Matronas - Enfermeras Neonatales - Neonatólogos - Residentes de Neonatología.
Conocimiento del material disponible en cada área de actuación.
Inicio rápido y coordinado de la RCP neonatal.
Los estándares para el seguimiento se valorarán tras un año de aplicación (Final 2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gestión del trabajo en equipo con implicación y formación de todos sus integrantes condiciona la mejora de los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1770 ===== ***

Nº de registro: 1770

Título
IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

Autores:
TORRES CLAVERAS SONIA, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, CURTO SIMON BEATRIZ, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aproximadamente un 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de reanimación. Tanto en el recién nacido a término como en el recién nacido prematuro la evolución posterior está muy ligada a una correcta estabilización inicial. En un hospital terciario son múltiples los agentes implicados en la reanimación neonatal así como las áreas donde puede tener lugar dicha reanimación. Por ello la reanimación neonatal constituye un claro ejemplo de una actividad asistencial tributaria de la gestión por procesos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Recién nacidos que precisan reanimación / estabilización al nacimiento (estimación 10%).

Servicios a los que se dirige el proyecto: Neonatología - Obstetrica - Matronas.

Resultado: Elaboración proceso asistencial. Limitar las incidencias en la reanimación neonatal. Formación del personal.

MÉTODO

En un primer tiempo (2017) establecer:

- Mapa del proceso RCP neonatal
- Elaboración del proceso
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal)
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación

Consensuar con otras partes implicadas: Servicio Obstetrica - Matronas - Enfermería neonatal y de hospitalización obstétrica.

En 2018 con el proceso elaborado:

- Cursos de formación del personal implicado
- Analizar incidencias que se presentan en el proceso de RCP neonatal.

INDICADORES

- En 2017: Elaboración del proyecto (Estándar: Si).

- En 2018: Cursos de formación del personal (Estándar: 2 cursos / año).

Determinación de incidencias en la RCP neonatal (Estándar <10% del total de RCP neonatal).

DURACIÓN

2017: Elaboración del proceso RCP neonatal.

2018: Inicio de los cursos de formación (2 / año) y análisis de incidencias en la RCP neonatal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL RCP NEONATAL

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE SONIA TORRES CLAVERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RITE GRACIA SEGUNDO
SERRANO VIÑUALES ITZIAR
CURTO SIMON BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2017 se iniciaron los trabajos de preparación del proceso RCP neonatal, de manera que en 2018 durante el primer semestre se cerró:

Elaboración del mapa del proceso RCP neonatal
Elaboración del Proceso RCP Neonatal teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Clientes (Internos y Externos)
- Preparación (Recurso: material y personas)
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal y evaluación global).
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación.

Una vez elaborados los documentos se pone en marcha el proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En un primer año el proceso ha permitido:

- Mejora de la coordinación de las distintas partes implicadas en la Reanimación neonatal: Obstetricia - Matronas
 - Enfermeras Neonatales - Neonatólogos - Residentes de Neonatología.
 - Conocimiento del material disponible en cada área de actuación.
 - Inicio rápido y coordinado de la RCP neonatal.
- En relación con los indicadores, tras una primera revisión:
- Anticipación: Check-list del material (estándar: 100%): 100%.
 - Tiempo entre la detección de la situación de riesgo y el inicio de la activación (estándar: <10 minutos): 4 minutos
 - Correcta cumplimentación del apartado reanimación en la hoja de partos: (estándar: 100%): 93%
 - Toma de temperatura, SaO2, frecuencia cardiaca y glucemia post-reanimación (100%): 85%
 - Elaboración de cursos de RCP (mínimo 2 anuales): 3 cursos acreditados en el Sector Zaragoza II.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gestión del trabajo en equipo con implicación y formación de todos sus integrantes condiciona la mejora de los resultados.

En una primera evaluación tras los primeros meses de puesta en marcha detectamos que el proceso permite una más rápida coordinación del equipo con conocimiento de los roles de cada miembro del equipo.

En la evaluación de indicadores resulta muy positivo, el enorme interés que ha suscitado el tema, dada la gran afluencia de los 3 cursos acreditados organizados (códigos:), cumplimiento de los tiempos y del check-list, con discretas desviaciones en cuanto a la cumplimentación del apartado de reanimación en la hoja de parto (probablemente por plantear un estándar excesivamente ambicioso, ya que el cumplimiento fue razonable, 93%) y en la misma la constancia en el citado documento de las variables glucemia, frecuencia cardiaca y saturación, que si se recogen en el 100% de los casos, pero en un pequeño porcentaje aunque consten en la historia, no lo hace en la hoja de parto donde deben igualmente constar.

7. OBSERVACIONES.

Se ha decidido disminuir el estándar al 90% en los apartados con desviación, ya que el hecho de que no consten esos datos se debe a que se han incluido en la historia y no en la hoja de parto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1770 ===== ***

Nº de registro: 1770

Título
IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

Autores:
TORRES CLAVERAS SONIA, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, CURTO SIMON BEATRIZ, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL RCP NEONATAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aproximadamente un 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de reanimación. Tanto en el recién nacido a término como en el recién nacido prematuro la evolución posterior está muy ligada a una correcta estabilización inicial. En un hospital terciario son múltiples los agentes implicados en la reanimación neonatal así como las áreas donde puede tener lugar dicha reanimación. Por ello la reanimación neonatal constituye un claro ejemplo de una actividad asistencial tributaria de la gestión por procesos.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Recién nacidos que precisan reanimación / estabilización al nacimiento (estimación 10%).
Servicios a los que se dirige el proyecto: Neonatología - Obstetrica - Matronas.
Resultado: Elaboración proceso asistencial. Limitar las incidencias en la reanimación neonatal. Formación del personal.

MÉTODO

En un primer tiempo (2017) establecer:
- Mapa del proceso RCP neonatal
- Elaboración del proceso
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal)
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación
Consensuar con otras partes implicadas: Servicio Obstetrica - Matronas - Enfermería neonatal y de hospitalización obstétrica.
En 2018 con el proceso elaborado:
- Cursos de formación del personal implicado
- Analizar incidencias que se presentan en el proceso de RCP neonatal.

INDICADORES

- En 2017: Elaboración del proyecto (Estándar: Si).
- En 2018: Cursos de formación del personal (Estándar: 2 cursos / año).
Determinación de incidencias en la RCP neonatal (Estándar <10% del total de RCP neonatal).

DURACIÓN

2017: Elaboración del proceso RCP neonatal.
2018: Inicio de los cursos de formación (2 / año) y análisis de incidencias en la RCP neonatal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0915

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTE DETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE JESUS MARTIN PEREZ
· Profesión PERSONAL SUBALTERNO
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PERSONAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUNTADAS PEIRO ENRIQUE
HEREDERO MARTA BELEN
CHAPARRO CHAPARRO MARIA JOSEFA
QUILEZ LIZARRALDE ASUNCION
MILLAN EMBARBA NOEMI
VELASCO FREJA JOAQUIN AURELIO
GRACIA ZARAZAGA MARIA DEL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El periodo de esta actuación fué de 14 meses, desde octubre de 2016 a diciembre de 2017.

Se remitieron 470 encuestas de detección de necesidades formativas a todos los celadores de HUMS, de las cuales se recibieron 353.

Durante el mes de diciembre de 2016, se mecanizaron los datos para su posterior análisis y búsqueda de resultados.

Una vez obtenidos estos resultados se realizó un documento con propuesta de acciones formativas solicitadas por los celadores y detectadas mediante el procedimiento de encuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sobre las propuestas realizadas en materia de formación, se desarrolla formación con nuestros propios medios en los siguientes materias:

Movilización de pacientes.
Resolución de conflictos.
Comunicación con profesionales.
Comunicación con usuarios y colectivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que a pesar del esfuerzo realizado en materia de formación específica y destinada a celadores quedan un gran camino por recorrer.

De las materias detectadas y que puede interesar al colectivo de celadores, tan solo algunas de ellas se han podido realizar, siendo mayor el número de acciones que no se han realizado.

7. OBSERVACIONES.

Proponemos que se realice una mayor oferta formativa destinada al colectivo de celadores y que esta se realice de manera que se tenga en cuenta la opinión y necesidades manifestadas por el colectivo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/915 ===== ***

Nº de registro: 0915

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTE DETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO

Autores:
MARTIN PEREZ JESUS ALBERTO, MUNTADAS PEIRO ENRIQUETA, HEREDERO MARTA BELEN, CHAPARRO CHAPARRO MARIA JOSEFA, QUILEZ LIZARRALDE ASUNCION, MILLAN EMBARBA NOEMI, VELASCO FREJA JOAQUIN AURELIO, GRACIA ZARAZAGA MARIA DEL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0915

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTE DETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha observado que la formación destinada al colectivo de celadores se centra básicamente en proyectos formativos destinados a mejorar la movilización de pacientes y evitar lesiones en los componentes de este colectivo profesional. Sin embargo, últimamente estamos detectando que va en aumento la demanda de otro tipo de acciones formativas que complementen a las anteriormente citadas. Cabe destacar entre otras, trato con el paciente, calidad en la atención, confidencialidad, idiomas, informática entre otros.

RESULTADOS ESPERADOS
Complementar la formación que los celadores están recibiendo hasta la fecha con nuevos proyectos formativos adecuados a las demandas y necesidades actuales.

MÉTODO
En primer lugar se pasará una encuesta de necesidades de acciones formativas a todo el colectivo de celadores del HUMS con el objetivo de conocer realmente que acciones formativas y con qué formato son más demandadas. Una vez conocidas estas, se preparará un proyecto de desarrollo de acciones formativas para presentar a los responsables de formación del área II con el objeto de llevar a la práctica dicha formación.

INDICADORES
En primer lugar, encuesta de detección de necesidades formativas del colectivo de celadores del HUMS. Posteriormente y en base a los datos revelados por la encuesta, preparar un proyecto con propuesta de acciones formativas destinadas a este colectivo.
En caso de ser aprobado, seguimiento de las acciones comprobando que se ajustan a lo solicitado.
En último lugar, encuesta de satisfacción e informe de los resultados obtenidos.

Porcentaje de respuesta a la encuesta de necesidades.
Número de acciones formativas desarrolladas a lo largo del año.
Porcentaje de acciones formativas que se corresponden con las principales necesidades detectadas (5).
Porcentaje de profesionales que participan en las acciones formativas.
Porcentaje de celadores satisfechos con el programa desarrollado y realizado.
Las acciones se desarrollarán en dos cortes durante un periodo de doce meses.

DURACIÓN
El periodo estimado de duración es aproximadamente de 14 meses, desde octubre de 2016 a diciembre de 2017

Noviembre 2016:
Encuesta de detección de necesidades formativas a todos los celadores de HUMS.

Noviembre y diciembre de 2016:
Evaluación de los resultados obtenidos y elaboración del informe con las propuestas de acciones formativas detectadas.

Febrero de 2017 a diciembre de 2017:
Se impartirán aquellas acciones aprobadas y desarrolladas a tal efecto.

Junio de 2017:
Evaluación parcial del proyecto con el objetivo de detectar áreas de mejora.

Diciembre de 2017:
Evaluación final del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0948

1. TÍTULO

EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H.U. MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ADORACION MOÑITA BLANCO
· Profesión TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBA CUADRADO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Exposición del plan de actuación.
2. Revisión de los Equipos de protección individual (EPI's) frente a Radiaciones ionizantes disponibles en la Sección de Hemodinámica: estado (inspección visual), número, nominales y no nominales.
3. Detección de incidencias.
4. Propuesta de revisión del estado de los mismos por escopia: pendiente (Sv° Física y Protección radiológica).
5. Establecimiento de los requisitos para la adquisición de nuevos EPI's.
6. Criterios de adjudicación al usuario. Entrega "responsable".
NOTA: el cumplimiento de los plazos indicados no ha sido posible en su totalidad (por cuestiones ya expuestas en la memoria).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Conocimiento del número de EPI's existentes en la Sección. (Indicador 1) y de su estado por inspección visual.
2. Puesta en marcha de la tramitación para la inspección por escopia de los EPI's existentes. Pendiente de la aprobación por la Dirección correspondiente.
3. Puesta en marcha para la optimización de la gestión de los EPI's tras la adquisición.
3. Implicación del personal de la Sección.

NOTA: los indicadores 2 y 3 están pendientes de obtener tras la revisión por escopia (punto 2 anterior).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La propuesta de este Proyecto de Mejora de la Calidad Deriva del "Protocolo de Adquisición y Gestión de Equipos de Protección Individual para Rayos-X en Hemodinámica (ID. PROTOCOLO Z2-486-16)".

Dicho proyecto ha sido muy bien recibido por todos los componentes de la Sección quienes se han implicado en la consecución de los objetivos.
Todos ellos están muy interesados en conocer el estado actual de los EPI's que utilizan (Indicador nº 1).

Es muy importante, una vez que se conozca el estado real de los mismos (por escopia), determinar cuáles y cuántos se van a adquirir en su caso (Indicador nº 2), cumpliendo los requisitos recogidos en el Protocolo citado. También lo es, responsabilizar a los usuarios de los EPI's asignados del uso de sus EPI's por medio de la cumplimentación de una ficha de entrega con las características de los mismos e instrucciones de conservación y limpieza ("Entrega responsable"). Ésto revertirá en asegurar la protección radiológica del trabajador (además de la protección colectiva del riesgo por radiaciones) ya que cada uno es responsable de sus EPI's (uso, limpieza y conservación) así como a prolongar la vida media de uso de los equipos lo que incidirá, secundariamente, en una reducción del gasto.

Por tanto, y como se indica en la primera página del Proyecto, requiere continuidad para ver la trazabilidad y si hay que introducir nuevos criterios o cambiar alguno existente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/948 ===== ***

Nº de registro: 0948

Título
EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H. U. MIGUEL SERVET

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0948

1. TÍTULO

EVALUACION DESDE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: GESTIÓN DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN LA EXPOSICIÓN A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCIÓN DE HEMODINÁMICA DEL H.U. MIGUEL SERVET

MOÑITA BLANCO MARIA ADORACION, SANTOLARIA AISA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteraciones de la salud del trabajador por radiaciones ionizantes
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)

Otro Enfoque.....: Gestión de la protección de radiaciones ionizantes para la seguridad y salud del trabajador

PROBLEMA

La Sección de Hemodinámica (Hemodinámica diagnóstica terapéutica) pertenece al Svº de Cardiología. En ella se llevan a cabo intervenciones destinadas a establecer o concretar un diagnóstico de patología cardiovascular y también a su intervención curativa o paliativa percutánea mediante técnicas basadas casi exclusivamente en catéteres.

Las técnicas que llevan a cabo precisan el uso de rayos X. Ésto supone que el profesional debe estar protegido contra las radiaciones ionizantes para lo que utilizan equipos de protección individual que deben cumplir la normativa y que son variados según la zona a proteger y también siguen un control dosimétrico.

Por ello, se establece un sistema de adquisición y gestión de estos equipos de forma sepa en todo momento los requisitos de uso y mantenimiento por parte de los profesionales, así como los pasos a seguir si es de nueva incorporación o una vez incorporado pasa a estar en situaciones especiales.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general es disponer en todo momento de unas normas, conforme a la legislación en vigor, que permitan al profesional de Hemodinámica conocer en todo momento los equipos de protección que deben de utilizar en las técnicas con rayos X, así como qué hacer ante situaciones especiales.

Objetivos específicos son los requisitos deben tener para su adquisición y uso, el mantenimiento de los mismos y su retirada si procede para su sustitución, el control de la entrega de los equipos, la información para el trabajador tanto de los equipos de protección radiológica como de la dosimetría .

Todo ello, a través de un registro documental que permitirá conocer en todo momento el estado y detectar posibles problemas o fallos.

MÉTODO

Las medidas previstas son:

- Disponer de un documento, revisable (anualmente o si se produce un cambio en la normativa) en el que:

. Figuren los requisitos de adquisición de equipos de protección contra rayos X.

. Figuren las fichas de control de los equipos: entrega e instrucciones de uso.

. Figure cómo debe portar el/los dosímetros.

- El trabajador:

. Esté informado de los pasos a seguir cuando entre en la Sección de Hemodinámica, tanto si es la primera vez, como si está en situaciones especiales (embarazo, lactancia, pérdida de dosímetros, etc.).

. Sepa en todo momento qué equipos debe usar y cómo, igual que los dosímetros.

. Sea responsable de los equipos (de protección y dosímetros) que se le entregan para su seguridad y salud.

INDICADORES

Adquisición de EPI's de protección radiológica (RX). (% de EPI's adquiridos).

Facilitador de uso de EPI's de protección radiológica (RX) (% de Registro de entrega de EPI's/nº de usuarios).

Renovación de EPI's de protección radiológica (RX) (Listado de evaluación del estado de los EPI's: integridad, higiene.Razonamiento motivado).

DURACIÓN

En el último trimestre de 2016 el grupo de trabajo analiza la situación, revisando los equipos de protección existentes y planteando la renovación en su caso y la adquisición de nuevos equipos.

En el primer trimestre de 2017 se revisan los indicadores y se actúa en consecuencia.

En el segundo y tercer trimestre se comprueba el funcionamiento de este sistema de gestión y se evalúa.

En Octubre de 2.017 se llevará a cabo la revisión correspondiente.

OBSERVACIONES

Se procederá a una revisión anterior a la fecha prevista si se produce algún cambio en la normativa legal o bien hay circunstancias que la conllevan.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 1 Nada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0948

1. TÍTULO

EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H.U. MIGUEL SERVET

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1433

1. TÍTULO

RIESGO CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO EZPELETA ASCASO
· 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.

GARCÉS FUERTES PAULA
DUEÑAS JOLLARD SANDRA
TERREN MARCO NOELIA
IGUACEL ACIN MARIA TERESA
CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE
GIL NAVARRO SABRINA
LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- REUNIÓN DEL ÁREA SANITARIA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO, RECURSOS A UTILIZAR Y MATERIAL DE SOPORTE. JUNIO 2017.
- ELABORACIÓN DE UNA PRESENTACIÓN POWER POINT CON LOS OBJETIVOS, INSTRUCCIONES DEL PROYECTO. DICHA PRESENTACIÓN SE PONE A DISPOSICIÓN PARA CONSULTA EN DISCO INFORMÁTICO COMÚN DE LA UNIDAD, PARA EL ACCESO EN CUALQUIER MOMENTO DE TODOS LOS COMPONENTES DEL GRUPO.
- CON FECHA 01/06/2017 INICIO D EL PROGRAMA, REGISTRO DEL VALOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE ACUERDO CON LA ECUACIÓN DE REGICOR, ENTREGA DE INFORME PERSONALIZADO CON MOTIVO DELA VIGILANCIA INDIVIDUAL DE LA SALUD. ESTA ACTIVIDAD CONTINUA EN LA ACTUALIDAD
- DENTRO D EL PROGRAMA DE SESIONES CLÍNICAS DE LA UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR ZARAGOZA 2, SESIÓN CLÍNICA DE ACTUALIZACIÓN SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR CON EL CONTENIDO: INTRODUCCIÓN, RIESGO CARDIOVASCULAR/CORONARIO, FACTORES DE RIESGO ECUACIONES /TABLAS DE RIESGO, UMBRAL DE RIESGO, PROYECTO DE CALIDAD. 17/01/2018.

-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HAN CAPTADO 124 CASOS. POR GENERO LA DISTRIBUCIÓN ES 96 MUJERES Y 28 HOMBRES. POR CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO D E ACUERDO CON LA ECUACIÓN REGICOR LOS RESULTADOS SON: RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO <5% 104 CASOS, RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIO (5-10%) 18 CASOS, RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO(8>10%) 2 CASOS.LAS PUNTUACIONES MÁS ALTAS SE CONCENTRAN EN PERSONAS QU ESTÁN EN AL SEXTA Y SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

SI BIEN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES HAN DISMINUIDO SU PESO COMO CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBALCIÓN ADULTA, EN EL ÁMBITO LABORAL SON LA SEGUNDA CAUSA DE MORTALIDAD DE ACUERDO CON LAS ESTADÍSTICAS DEL ISSIA(INSTITUTO ARAGONÉS DE SALUD LABORAL).
PROCEDE CONTINUAR CON EL PROYECTO CPMP MEDIDAD DE PROMOCIÓN D EL SALUD EN EL ÁMBITO DE VIGILANCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL Y REEVALUAR AL AÑO DEL INICIO DEL PROYECTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1433 ===== ***

Nº de registro: 1433

Título
RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores:
EZPELETA ASCASO IGNACIO, FUERTES GARCÉS PAULA, DUEÑAS JOLLARD SANDRA, TERREN MARCO NOELIA, CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE, IGUACEL ACIN TERESA, LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN, CATALAN SANCHEZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1433

1. TÍTULO

RIESGO CARDIOVASCULAR

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Aragón en el año 2016, de acuerdo con las estadísticas del ISSLA (Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral), los accidentes de trabajo por infartos, derrames cerebrales y otras causas no traumáticas son la primera causa de accidente grave (23,75%) y la primera causa de accidente mortal (43,48%).

En el ámbito de actuación poblacional de la unidad básica de prevención de riesgos laborales, en el marco de la vigilancia individual de la salud, tenemos la oportunidad de detectar las personas con riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. La accesibilidad de la unidad básica facilita las tareas de promoción de la salud y educación para la salud. Surge la necesidad de establecer de forma sistemática directrices y/o consejo breve orientados al trabajador para que conozca su riesgo cardiovascular.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el riesgo cardiovascular de los trabajadores del Sector Zaragoza II durante el segundo semestre del año 2017.
- Adecuar el consejo preventivo de forma individualizada en los informes de vigilancia de la salud.
Población diana: Trabajadores del ámbito de actuación de la unidad mayores de 35 años del Sector Zaragoza II que acudan a vigilancia de la salud individual.

MÉTODO

Promoción de salud: Incorporación del cálculo de riesgo cardiovascular con la tablas validada REGICOR en la vigilancia de salud individual.

ACTIVIDADES

- Establecer pautas de actuación comunes en las cuatro unidades básicas sanitarias.
- Crear una hoja de cálculo excel para la recogida de variables que influyen en el riesgo cardiovascular.
- Sesión de actualización de riesgo cardiovascular.
- De forma continua, con motivo de vigilancia de la salud individual registro de variables.
- Entrega de informe individual de riesgo cardiovascular al trabajador (REGICOR).

INDICADORES

- Cálculo de las categorías de riesgo cardiovascular (bajo, moderado, alto, muy alto) definidas por la tablas REGICOR.
- Cumplimentación y registro en la historia clínica del trabajador.

DURACIÓN

- Sesión par astablecer pautas de actuación comunes en las cuatro unidades básicas sanitarias, actualización de riesgo cardiovascular 2017.
- Crear una hoja de cálculo excel para la recogida de variables que influyen en el riesgo cardiovascular...Junio 2017.
- Sesión de presentación d resultados del proyecto enero 2018.
- De forma continua, con motivo de vigilancia de la salud individual registro de variables...Segundo semestre 2017.
- Entrega de informe individual de riesgo cardiovascular al trabajador (REGICOR)...segundo semestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0285

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE YOLANDA DE JUAN LADRON
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ POZA ALFONSO
SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA
SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES
RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE
SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realización del documento propuesto (PIT).
- Realización del protocolo de actuación que incluya el momento de aplicación, posterior revisión, referentes de caso y posible revisión si procede en relación a la consecución de objetivos terapéuticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Hemos implementado ya la realización de dicho protocolo (documento mejorado), mediante la elaboración de un plan individual de tratamiento (PIT) en reuniones multidisciplinares de equipo por cada paciente que ingresa en nuestro recurso (Hospital de Día de Psiquiatría), posterior revisión de la misma a mitad de proceso terapéutico y revisión de consecución de objetivos terapéuticos en la semana del alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Si que hemos realizado el documento propuesto (PIT)
- Si que hemos realizado el protocolo de actuación que incluya momento de aplicación, revisión, referente del caso...etc
- Más del 90% de los pacientes que ingresan en nuestro recurso tienen el PIT realizado durante su primera semana de ingreso.
- Más del 85% de los pacientes tienen su PIT revisado en la semana previa a ser dados de alta.
Nuestro proyecto requiere la programación de espacios temporales específicos semanales para la adecuada cumplimentación del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/285 ===== ***

Nº de registro: 0285

Título
MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)

Autores:
DE JUAN LADRON YOLANDA, PEREZ POZA ALFONSO, SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES, RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE, SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....: Nos basamos en la metodología de trabajo en equipo con un enfoque multidisciplinar que favorezca el abordaje integral del paciente desde los distintos campos profesionales (Psiquiatría, Psicología Clínica, Terapia Ocupacional, Enfermería y Trabajo social).

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0285

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)

El programa individual de tratamiento es el proyecto elemental en el que trabajar de manera individualizada según las necesidades de cada paciente por lo que es imprescindible que el equipo se plantee cuales son las necesidades, capacidades y habilidades de la persona para poder plantear un plan propio para cada individuo. De él tiene que salir los objetivos a conseguir, las técnicas a emplear y la metodología que utilizar. La elaboración del PIT da eficacia y eficiencia al tratamiento Psicosocial. Los recursos de los que se disponen se pueden optimizar de mejor manera y favorecer la calidad de vida de la persona implicada.

RESULTADOS ESPERADOS

Se realizara un PIT en que quede reflejado datos como:

- 1.- Responsable del caso.
- 2.- Reflejar las necesidades detectadas y, en función de las mismas, las intervenciones que el equipo multidisciplinar tendrá que implementar.
- 3.- Quedara reflejado cuando se realizara la reunión para elaborar el PIT.
- 4.- Se elaborara un documento claro que refleje las necesidades, problemas del usuario y los objetivos de tratamiento.

MÉTODO

Para llevar a cabo el programa propuesto nos planteamos dedicar un tiempo semanal (aproximadamente 1 hora) durante las reuniones de equipo que dedicaremos a la elaboración conjunta del documento (PIT), protocolización y posterior implementación del mismo.

INDICADORES

- Realización del documento propuesto (PIT)
- Realización del protocolo de actuación que incluya el momento de aplicación y posterior revisión si procede.
- Nos proponemos una tasa del 95% de pacientes atendidos en nuestro recurso con el PIT realizado.
- Nos proponemos que el 90% de los pacientes atendidos en nuestro recurso tengan su PIT cumplimentado durante su primera semana de ingreso en Hospital de Día.
- Nos proponemos que el 85% de los pacientes atendidos en nuestro recurso tengan su PIT revisado en la semana previa a ser dados de alta de Hospital de Día.

DURACIÓN

- Elaboración del documento de trabajo (PIT) en reuniones de equipo (noviembre-diciembre 2016)
- Posteriormente protocolizaremos aspectos como el momento idóneo de cumplimentar el documento, personas encargadas de intervenir (referentes de caso) y posibles revisiones si procede en relación a la consecución de objetivos terapéuticos marcados para cada caso individual (enero-marzo 2017)
- Implementación del plan propuesto (abril-septiembre 2017)
- Valoración de la aplicación del PIT, extraer datos de los indicadores planteados (octubre 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0497

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE BARBARA MORER BAMBA
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RUBIO MARIA JOSE
FERRANDEZ CORTES JAIME
PASCUAL GARCIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una psicoterapia grupal llevada a cabo por dos psicólogas especialistas en psicología clínica, una en el rol de terapeuta y otra como co-terapeuta. Otros profesionales participaron como observadores del grupo. El grupo estuvo compuesto por personas adultas diagnosticadas de cáncer y fue heterogéneo en cuanto a edad, tipo y estadio de cáncer. En la selección de los participantes primaron las variables psicológicas. Los criterios de exclusión fueron la psicopatología aguda, trastornos graves de personalidad, poca capacidad de insight, trastorno mental orgánico, mecanismo de negación acusado o fase terminal de la enfermedad.

El proyecto se ha podido implementar cumpliendo con el calendario previsto.

La psicoterapia grupal se inició con 13 participantes, de las cuales 9 se implicaron activamente en el grupo y respondieron a los cuestionarios pre y post tratamiento. Los miembros del grupo eran mujeres diagnosticadas de cáncer de entre 29 y 68 años, con una media de edad de 46 años.

El 78% de las pacientes tiene estudios universitarios, y el 22% restante estudios medios. El 56% está casada y el 44% soltera. El 78% tiene un diagnóstico de cáncer de mama, mientras que el 22% tiene un diagnóstico de cáncer de colon.

Hubo una tasa de abandono del 33%, en la que se incluyen motivos médicos.

Las participantes fueron derivadas al grupo desde el programa de Psico-oncología de la Unidad de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace del Hospital Universitario Miguel Servet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizó un estudio cuasiexperimental para evaluar los resultados. Se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad Depresión (HADS), así como el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF. Las escalas se administraron antes de iniciar la intervención grupal y al finalizarla.

Los datos han sido analizados con SPSS 20. Se ha utilizado la prueba no paramétrica Wilcoxon debido al reducido tamaño de la muestra.

Respecto a la clínica de ansiedad, antes de empezar el grupo el 100% de las pacientes presentaba sintomatología ansiosa, después del tratamiento se reduce la sintomatología ansiosa en el grupo al 55%, de los cuales un 33% son casos de ansiedad y un 22% de probable ansiedad.

Respecto a la depresión, al inicio del grupo el 22% era valorado como caso de depresión, otro 22% como probable depresión y el 44% sin depresión.

Al final de la psicoterapia grupal el 56% está libre de depresión, el 11% se considera caso de depresión, y otro 11% como probable depresión.

Estos resultados nos indican que la sintomatología depresiva y ansiosa se reduce tras la psicoterapia grupal, aunque esta mejoría no resulta estadísticamente significativa. A pesa de que no podemos atribuir la mejoría clínica de forma exclusiva a la terapia grupal, resulta un tratamiento a tener en cuenta en el abordaje psicológico de estos pacientes.

Asimismo, la percepción de calidad de vida mejora tras la intervención. Un dato que resulta interesante es que el dolor correlaciona negativamente (Pearson= -1) de forma significativa (p=0,01) con el apoyo percibido, es decir, que a mayor apoyo, menor dolor, y viceversa. El apoyo percibido al final del tratamiento correlaciona positivamente de forma significativa con la calidad de vida y el sentido vital.

Otro de los objetivos de la intervención era mejorar la aceptación de la enfermedad, este aspecto se ha trabajado durante las sesiones grupales, con buenos resultados. Asimismo, la psicoterapia grupal ha sido un espacio donde las pacientes pudieron compartir su sufrimiento, sus experiencias, dar y recibir apoyo y obtener nuevos recursos de afrontamiento. Se abordaron temas tan amplios como la vivencia de la enfermedad, el miedo a la muerte, los síntomas depresivos incluidos el deseo de morir, las relaciones familiares, los modos de afrontamiento, la repercusión de la enfermedad en las relaciones sexuales, la imagen corporal, su capacidad laboral, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0497

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la intervención psicológica grupal se produjo una mejoría clínica significativa, con disminución de la clínica ansioso-depresiva así como una mejoría a nivel funcional. Sin embargo, no se hallan cambios estadísticamente significativos en las variables medidas. Las participantes manifestaron una amplia satisfacción con la terapia grupal e incluso algunas integrantes del grupo refirieron deseos de continuar la terapia y han constituido un grupo informal de apoyo. Consideramos que la psicoterapia grupal con pacientes oncológicos que presentan clínica ansioso-depresiva es una opción de tratamiento valiosa para reducir la sintomatología y el sufrimiento, así como mejorar su bienestar y calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/497 ===== ***

Nº de registro: 0497

Título
ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

Autores:
MORER BAMBA BARBARA, GARCIA RUBIO MARIA JOSE, FERRANDEZ CORTES JAIME, PASCUAL GARCIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

El diagnóstico de cáncer tiene una serie de efectos a nivel físico, psicológico, familiar y social en las personas que lo padecen. El sufrimiento psíquico de los pacientes oncológicos se traduce en ocasiones en clínica ansiosa y depresiva, principalmente, que requiere un abordaje especializado. La literatura científica y la experiencia clínica muestran que los pacientes con cáncer comparten características a nivel de reacciones emocionales, afrontamiento psicológico, personalidad y afectación en la calidad de vida. Si bien estos pacientes disponen de un tratamiento psicológico individual, pueden beneficiarse de un abordaje grupal. La psicoterapia de grupo es una modalidad de intervención cada vez más utilizada en pacientes oncológicos. El grupo por sí mismo favorece la aparición de factores terapéuticos adicionales no presentes en la terapia individual, a la vez que supone una mayor eficiencia debido al número de pacientes que se benefician de la intervención.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es promover la salud integral de paciente oncológico a través del abordaje psicológico grupal. Se pretende mejorar la aceptación de la enfermedad, disminuir la sintomatología ansioso-depresiva, disminuir la percepción de dolor, mejorar la utilización de recursos y mejorar la calidad de vida.

MÉTODO

Se realizará una psicoterapia grupal llevada a cabo por dos psicólogas especialistas en psicología clínica, una en el rol de terapeuta y otra como co-terapeuta. Otros profesionales podrán participar como observadores del grupo o colaboradores. El grupo estará compuesto por personas adultas diagnosticadas de cáncer y será heterogéneo en cuanto a sexo, edad, tipo y estadio de cáncer. En la selección de los participantes primarán las variables psicológicas. Los criterios de exclusión serán la psicopatología aguda, trastornos graves de personalidad, poca capacidad de insight, trastorno mental orgánico, mecanismo de negación acusado o fase terminal de la enfermedad.

INDICADORES

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores de mejora:

- Mejoría de calidad de vida percibida medida con el cuestionario WHOQOL-BREF
- Disminución de la variable ansiedad medida con el cuestionario HADS
- Disminución de la variable depresión medida con cuestionario HADS
- Disminución de la toma de analgésicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0497

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

DURACIÓN

El proyecto contempla una duración de 6 meses y se divide en tres fases. La primera fase es el reclutamiento y selección de participantes en el grupo y tendrá una duración de dos meses. La segunda fase es la intervención psicoterapéutica grupal propiamente dicha, que tendrá una duración de 8 sesiones con frecuencia semanal durante un total de dos meses. La tercera fase es la de evaluación de los resultados de la intervención, con una duración de dos meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 1 Nada

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0732

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ELENA RIPOL MUÑOZ
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE REDONDO MARIA DE LOS ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Recopilación de de actividades para cada nivel de trabajo.

2.- Unificar en Word cada nivel de una manera para verse la diferencia visualmente y modificar las actividades a las necesidades del nivel y del paciente al que va a ir dirigida.

3.- Su realización ha sido de manera conjunta por las dos terapeutas que trabajan en los Hospitales de Día de Psiquiatría de Zaragoza.

4.- Las reuniones durante el horario de trabajo han sido imposibles debido a la carga profesional y a la responsabilidad que se tiene con los pacientes y con el resto de profesionales del equipo ya que era cargar con grupos, durante el tiempo de la reunión a otro profesional, así que se realizaron 4 reuniones fuera del horario laboral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Dos cuadernos cada uno con diferente nivel de dificultad para el taller de Estimulación Cognitiva de Hospital de día de Psiquiatría conociendo las características y necesidades de los pacientes que vienen a el. Se ha realizado los dos cuadernos, con actividades suficientes para su realización durante la estancia media que permanecen los pacientes en Hospital de día.

2.- Se ha realizado un breve protocolo de actuación para que cualquier terapeuta ocupacional que pueda acudir al servicio a trabajar sepa como pueda realizar el programa.

3.- Se ha implementado los dos niveles en los grupos de trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se han realizado los dos niveles planteados.

- Se ha protocolizado la actividad y se ha implementado ya la manera de realización con las modificaciones realizadas.

-El 95% de los pacientes han sido evaluados con la prueba incorporada en el anexo I, el 5% restante no esta en el momento del taller en el aula.

- El 95 % de los pacientes desde la implementación de los cuadernos de nivel han podido desarrollarlos, el 5% restante he tenido que realizar actividades de nivel III, más avanzado y mas acordes con sus necesidades.

- El 95% ha participado en el programa .Cuando no participaban no ha sido por falta de interés sino por estar en tratamiento individual con algún otro profesional de la unidad.

7. OBSERVACIONES.

El no tener la escala de valoración LOTCA imposibilita el poder realizar toda la evaluación necesaria. La prueba de "Frontales " nos ayuda a hacernos idea de como se encuentran pero no es tan especifica, ni valora tantos aspectos como en el LOTCA.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/732 ===== ***

Nº de registro: 0732

Título
MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE SPIQUIATRIA

Autores:
RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, VICENTE REDONDO MARIA DE LOS ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0732

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

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

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

PROBLEMA

En el programa de Hospital de Día de Psiquiatría intervienen una gran variedad de pacientes con diferentes necesidades.
A la hora de mantener o mejorar su capacidad cognitiva se necesita poder trabajar a diferentes niveles a la vez ya que todo el grupo trabaja junto.

RESULTADOS ESPERADOS

Queremos conseguir la elaboración de dos cuadernos de diferentes niveles de trabajo para conseguir estimular la mente dependiendo de las necesidades de cada paciente.
Con ello queremos conseguir con el paciente en salud mental poder:

- Mantener las capacidades cognitivas
- Evitar el aislamiento del entorno
- Potenciar las relaciones sociales
- Aumentar la independencia y autonomía personal
- Incrementar la habilidad funcional y el desempeño en las tareas cotidianas
- Mejorar el sentimiento de bienestar emocional, psicológico y de salud general
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

MÉTODO

- Para llevar a cabo el programa propuesto nos planteamos dedicar un tiempo durante nuestra jornada laboral de manera independiente para recopilar y/o elaborar actividades de cada nivel de trabajo.
- Una vez cada dos meses nos reuniremos en nuestro horario de trabajo para elaborar los cuadernos de trabajo y redactar el protocolo de actuación desarrollando estrategias para las necesidades de cada nivel de pacientes.
- Se intentara realizar el programa de tal manera que al principio el paciente necesitará más explicaciones y claves para realizar la actividad, y según progrese y avancen las sesiones, el terapeuta proporcionará menos claves y aumentará la complejidad de la tarea.

INDICADORES

- Realización de cuadernos de trabajo para dos niveles.
- Realización del protocolo de actuación que incluya como evaluar al paciente para obtener su perfil cognitivo.
- Nos proponemos una tasa del 80% de pacientes atendidos en nuestro recurso se pueda realizar la evaluación inicial
- Nos proponemos que el 80% de los pacientes puedan realizar el nivel de trabajo asignado a su capacidad cognitiva.
- Nos proponemos que el 85% de los pacientes participen en el programa.

DURACIÓN

- Elaboración de los cuadernos de trabajo:
1 nivel: noviembre 2016 / diciembre 2016
2 nivel: enero 2017 / febrero 2017
- A la vez protocolizaremos aspectos del programa como: la manera de evaluación para incorporar a cada paciente en el nivel apropiado, número de sesiones en el programa, sesiones supletorias para aquellos pacientes que pueda alargarse la estancia en Hospital de día, manera de realizar las sesiones.. (Noviembre /16 a febrero/17)
- Implementación del plan propuesto (marzo-septiembre 2017)
- Valoración de la implementación, extraer datos de los indicadores planteados (octubre 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1436

1. TÍTULO

ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA ULME, INFORMATIZANDO LOS INFORMES CLINICOS POR PARTE DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE

Fecha de entrada: 01/01/2018

2. RESPONSABLE ASUNCION PASCUAL GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RUBIO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado en éste tiempo en primer lugar un soporte de papel, consistente en la creación de carpetas que permitan individualizar la asistencia diaria al paciente, así como los datos extraídos en las reuniones semanales que se llevan a cabo con el equipo multidisciplinar . Estos datos nos facilita la realización de los informes planteados al alta del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La recogida de datos para la elaboración de los informes se encuentra realizada totalmente, al 100 % de los pacientes valorados.
En cuanto a la informatización de los informes se lleva a cabo de forma gradual siguiendo el cronograma planteado con objetivos cumplidos a junio del 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se considera una valoración positiva, ya que permite una recogida de datos más minuciosa, con lo cual la información es más fidedigna y consideramos que cuando la realización del proyecto se consiga al 100 % será un avance en nuestra actividad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1436 ===== ***

Nº de registro: 1436

Título
ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA UDAD LESIONADOS MEDULARES (ULME) PARA INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE LA UDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE EN ULME

Autores:
PASCUAL GARCIA ASUNCION, GARCIA RUBIO MARIA JOSE, ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO, PEREZ PEMAN CAMINO, ROHNER DEL SORDO DAVID, CORATU ANA MARIA, MORER BAMBA BARBARA, BOULLON GOMEZ ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los programas de la Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace del HUMS es la atención en la Unidad de Lesionados Medulares (ULME), se trata del servicio de referencia de Aragón en la atención a pacientes que padecen mielopatías de diversa intensidad. Esta grave patología requiere de ingreso hospitalario prolongado (entre 2 y 8 meses) en el que lo habitual son las complicaciones que subyacen a su proceso de rehabilitación (RHB). En este periodo de RHB el paciente tiene que adquirir una serie de habilidades encaminadas a mejorar su independencia y autonomía tras la pérdida de movilidad, aprender el manejo de control de esfínteres y recuperar su actividad sexual. Durante el ingreso tiene que hacer frente a diversos procesos entre los que se incluye un trabajo dirigido a asumir las pérdidas derivadas de la patología médica y de manera fundamental a mantener una actitud de afrontamiento que les permita implementar una serie de habilidades, para lo cual se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1436

1. TÍTULO

ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA ULME, INFORMATIZANDO LOS INFORMES CLINICOS POR PARTE DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE

requiere una actitud colaboradora y activa por parte del paciente y de la familia. En este proceso complejo es necesaria en la mayoría de los paciente la intervención del área de psicología/ psiquiatría para ayudar a elaborar el duelo por la pérdida sufrida. Esta actividad la llevamos a cabo una profesional de psiquiatría y una profesional de psicología clínica, invirtiendo la mayor parte de nuestra actividad en entrevistas tanto de valoración como de seguimiento no solo del paciente sino de su familia, todo ello encaminado a favorecer la asunción de la pérdida, así como a mejorar su capacidad de afrontamiento. Como nuestra actividad siempre se contextualiza en un modelo de colaboración con los médicos rehabilitadores, no queda constancia de nuestras intervenciones, salvo los apuntes registrados en la historia clínica. Es por ello que consideramos necesario operativizar una tarea que nos permita el seguimiento más sistematizado del pacientes y la elaboración de un informe al alta hospitalaria donde se recojan intervenciones realizadas, evolución, diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Sistematizar la recogida de datos de los pacientes para optimizar su atención.
- 2) Hacer más visibles nuestras intervenciones en ésta área medica.
- 3) Mejorar la información sobre la evolución del paciente dirigida tanto a nivel hospitalario como a los especialistas que posteriormente le realicen el seguimiento.

MÉTODO

Consideramos necesario crear algún tipo de soporte que facilite la organización de nuestra actividad planteando hacer los siguientes tipos de mejora.

- 1) Carpeta o portafolios donde queden recogidos la hoja de consulta de cada paciente y un añadido donde anotemos todas nuestras intervenciones.
- 2) En este mismo soporte de papel se referenciara todas las intervenciones realizadas a cada paciente, tanto por parte de psicología como de psiquiatría, así como las llevadas a cabo en el medio familiar del citado paciente.
- 3) Se recogerán igualmente los datos extraídos de las reuniones de equipo que de forma multidisciplinar se llevan a cabo con una periodicidad semanal .
- 4) Esta hoja cuando el paciente se vaya de alta se adjuntara en su historia clínica y a además nos permitirá realizar el informe clínico de cada paciente documento posteriormente al alta quedaría guardado en la historia y además nos permitiría la elaboración de un informe en el hp doctor.
- 5) Informe informatizado en el hp doctor donde se recoja el resumen de nuestra actividad clínica y quede adscrito a la historia informatizada del paciente.

INDICADORES

- 1) Desarrollo e implantación del soporte de papel (Presente o ausente).
- 2) Numero de pacientes que están siendo recogidos sus datos para la elaboración de la carpeta de seguimiento.
- 3) Numero de informes clínicos realizados en hp doctor.

DURACIÓN

El tiempo dedicado al proyecto completo será el que se detalla a continuación:

- 1) 1)Elaboración del proyecto escrito y presentado hasta el 30 de Junio del 2016
- 2) Informatización de informes del 20% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de Diciembre del 2016.
- 3) Informatización de informes del 40% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 30 de Junio del 2017.
- 4) Informatización de informes del 60% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de diciembre del 2017.
- 5) Informatización de informes del 80 % de los pacientes derivados de la ULME hasta el 30 de Junio del 2018.
- 6) Informatización de informes del 100% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de Diciembre del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1449

1. TÍTULO

PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 04/01/2018

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.
SOLER GONZALEZ CRISTINA
BERDUN PE RUTH
IDINI ESTER
CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA
ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO
SERRA CASAUS MIQUEL
PASCUAL OLIVER MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Análisis de "puntos débiles" en relación a la confidencialidad de la información de los pacientes: 1) formulario de registro; 2) consenso criterios; 3) observación y registro de incidentes; 4) análisis de puntos débiles y propuestas (mayo-septiembre 2017).

5) Presentación a los miembros del Servicio de Psiquiatría en sesión clínica de los "puntos débiles" observados y del decálogo de protección de confidencialidad del SALUD: 18/10/2017.

6) Encuesta anónima para evaluar el impacto del programa (diciembre 2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han completado 80% de las actividades propuestas a lo largo del proyecto, cumpliendo con el standard marcado.

- Se han registrado un total de 22 incidencias en el curso de 4 meses; aproximadamente 50% de nuestra estimación inicial.

-Presentación en sesión clínica de la "guía de buenas prácticas en confidencialidad": SI.

- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio: 0 (omitimos esta actividad por la aparente falta de impacto en programas previos similares)

-IMPACTO DEL PROGRAMA: Respondieron a la encuesta de evaluación del impacto del programa 15 personas del Servicio (de un total de 23 personas que participaron en el programa y/o asistieron a la sesión informativa y recibieron la encuesta); superando el estándar esperado (50%): 86,7-93,3% admitieron prestar mayor atención hacia conductas de riesgo para la confidencialidad como consecuencia del programa; 20-40% admitieron no conocer previamente algunos de los riesgos señalados; 60-80 % admitieron cambios en su práctica diaria para garantizar el cuidado de la confidencialidad de la información de pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que la mayoría conocemos la mayor parte de las normas para garantizar la confidencialidad de la información; son necesarios proyectos como el que presentamos para aumentar la concienciación de los profesionales frente a un aspecto tan importante, ética y legalmente.

Por la experiencia a lo largo del proyecto, recomendaríamos una mayor difusión de las normas de seguridad elaboradas por el SALUD; haciendo el enlace claramente visible en todos los portales de intranet. Nuestro proyecto refleja un alto impacto con medidas sencillas y sin coste económico; a través de encuestas anónimas los profesionales se ven obligados a reflexionar respecto a situaciones reales de la práctica diaria que suponen un riesgo para la confidencialidad, tomando mayor conciencia de su propia conducta.

Sería recomendable generalizar actividades similares en los diferentes servicios y unidades del SALUD, dirigidas a todos los profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1449 ===== ***

Nº de registro: 1449

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1449

1. TÍTULO

PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Título
PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Autores:
GRACIA GARCIA PATRICIA, SOLER GONZALEZ CRISTINA, BERDUN PE RUTH, IDINI ESTER, CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA, ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO, SERRA CASAUS MIQUEL, PASCUAL OLIVER MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Preservar la confidencialidad en el trato de datos del paciente es uno de los factores más importantes en la relación terapéutica. Pero además, la confidencialidad es un deber legal y ético de los profesionales. El marco legal en que se ampara la confidencialidad clínica incluye: la Constitución Española, que define la intimidad personal y familiar como uno de los derechos fundamentales (art.18); la Ley Orgánica 1/1982 de Protección civil al honor, la intimidad y la propia imagen; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 10); la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (especialmente los art.5, 16.3, 16.6, 17.6). El Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de 1999, concibe al secreto profesional como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros y que obliga al profesional incluso tras la muerte de aquel (art. 14) y aborda el problema de la medicina en equipo y la obligación de todos de guardar la totalidad del secreto (art. 15).

A pesar de que un conocimiento general del marco ético y legal que rige nuestro desempeño profesional, existen en nuestra actividad cotidiana situaciones concretas en las que se puede vulnerar con mayor riesgo el respeto de la confidencialidad. Por ejemplo, el almacenamiento y uso ilimitado de datos informáticos, incluyendo el uso compartido y el tráfico de los mismos a través de la red, entraña importantes riesgos en materia de confidencialidad que tienden a infravalorarse.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario, detectando situaciones concretas en las que existe mayor riesgo de vulnerar la confidencialidad (ó "puntos débiles"), facilitando la toma de conciencia de las mismas por parte del equipo, y elaborando propuestas de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
I. Analizar "puntos débiles" en la práctica clínica en relación a la confidencialidad de la información de los pacientes.
II. Elaborar una "guía de buenas prácticas en confidencialidad" en base a los resultados anteriores.
III. Presentación y divulgación de la información a todo el personal del Servicio de Psiquiatría.
IV. Análisis del impacto del programa.

MÉTODO
I. Analizar "puntos débiles" en la práctica clínica en relación a la confidencialidad de la información de los pacientes. 1. Elaboración de formulario de registro de incidencias en materia de confidencialidad (Responsable) 2. Información y consenso en los criterios de registro (reunión de grupo) 3. "Observatorio de confidencialidad": Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo. 4. Análisis de "puntos débiles" y propuestas (reunión de grupo)

II. Elaboración y presentación de guía de buenas prácticas en confidencialidad: 5. Elaboración de guía de buenas prácticas en confidencialidad, con definición de propuestas concretas de mejora (Responsable) 6. Presentación a los miembros del servicio en sesión clínica (Responsable)

III. Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS 7. Divulgación de la información y señalización de prácticas y lugares más vulnerables mediante documentos gráficos (grupo)

IV. Análisis del impacto del programa 8. Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIRes y PIRes del servicio, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria

INDICADORES
- 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%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1449

1. TÍTULO

PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Indicadores parciales (por objetivo):

- Número de incidencias registradas en el "Observatorio de confidencialidad" en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de 40 incidencias.
- Presentación en sesión clínica de la "guía de buenas prácticas en confidencialidad" (si/no)
- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio.
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

DURACIÓN

- JUNIO 2017: Elaboración de formulario de registro de incidencias y primera reunión del grupo de trabajo.
- JULIO-OCTUBRE 2017: Observatorio de confidencialidad y reunión de grupo para analizar "puntos débiles"
- NOVIEMBRE 2017: Elaboración de un plan de mejora en materia de confidencialidad y presentación en sesión clínica; divulgación de la información.
- DICIEMBRE 2017: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 19/04/2018

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
PEREZ PEMAN CAMINO
SANCHEZ MENA MARTA
CAUDEVILLA SOLER CLARA
BOULLON GOMEZ ALEJANDRA
CORATU ANA MARIA
ROHNER DEL SORDO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.
Mejorar la forma de notificación, creando un modelo más dinámico y actualizado a las necesidades del servicio.
Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría.
Presentar en grupo de calidad el análisis de los datos de los EA recogidos y realizar feedback al resto de equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejorar la formación de los profesionales en la identificación y notificación de los efectos adversos.
Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría.
Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo y por el personal de las UCEs Hospital.
Análisis de "puntos débiles" y propuestas (reunión de grupo)
Elaboración de estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados en el grupo de calidad.
Realizar feedback al personal implicado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De las 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%.
Mejora en los sistemas de registro en el curso de 4 meses;
Registro de incidencias y búsqueda estrategias de prevención (si/no)
Realización de sesiones periódicas (si/no)
Establecer acciones de mejora para 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1462 ===== ***

Nº de registro: 1462

Título
SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Autores:
SOLER GONZALEZ CRISTINA, GRACIA GARCIA PATRICIA, BERDUN PE RUTH, PEREZ PEMAN CAMINO, FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, GARCIA RAPUN MARINA, CAUDEVILLA SOLER CLARA, SANCHEZ MENA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRÍA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables y a la vez más informados y demandantes, conforman un entorno clínico en el que aparecen los efectos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria.

La necesidad de incrementar la seguridad del paciente, mejorar la calidad de la asistencia y facilitar un sereno ejercicio profesional, entre otras cosas, justifica todos los esfuerzos para disminuir el impacto en la salud pública de la llamada epidemia oculta de errores médicos.

La seguridad del paciente es la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de la asistencia. Pero los pacientes, en particular los hospitalizados, 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 incidencia de EA en pacientes hospitalizados se ha estimado entre el 4 y el 17%.

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.

PERTINENCIA DEL PROYECTO

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. Entre todos hemos de cambiar la cultura de la culpa por la cultura del conocimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.

Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en la UCE de Psiquiatría.

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 secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS

Análisis del impacto del programa.

MÉTODO

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 UCEs 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 cada uno de los miembros del grupo y por el personal de las UCEs Hospital. 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 secciones y 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 del servicio, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria:

8- Establecer acciones de mejora para 2018.

INDICADORES

- 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 clínica el análisis de los datos de los EA recogidos (si/no)

- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio.

- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

- JUNIO-OCTUBRE 2017: Divulgación del formulario de registro de efectos adversos y primera reunión del grupo de trabajo. Reuniones de grupo para analizar "puntos débiles"
- NOVIEMBRE 2017: Reevaluar datos y establecer alertas. Implicar y motivar al personal de las notificaciones de efectos adversos
- DICIEMBRE 2017: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 02/01/2019

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
PEREZ PEMAN CAMINO
SANCHEZ MENA MARTA
CAUDEVILLA SOLER CLARA
BOULLON GOMEZ ALEJANDRA
CORATU ANA MARIA
ROHNER DEL SORDO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha informado e incentivado en la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos. Se ha mejorado la forma de notificación, creando un modelo más dinámico y actualizado a las necesidades del servicio que se puede consultar desde los ordenadores de las UCEs (actualmente solo una UCE). Se ha recopilado los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría. Se ha realizado una sesión clínica en el Servicio de Psiquiatría del HUMS presentado información sobre los efectos adversos el análisis de los datos de los EA recogidos. Además, se ha realizado feedback al resto de equipo y se han planteado sugerencias para mejora de la calidad asistencial en materia de efectos adversos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mejorado la formación de los profesionales en la identificación y notificación de los efectos adversos con sesiones periódicas. Se han recopilado los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría, siendo los más frecuentes los farmacológicos. Se han analizado los "puntos débiles" y se han ampliado propuestas en reunión de equipo. Se mantienen las estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados en el grupo de calidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han desarrollado y concluido más del 80% de las actividades propuestas. Se ha mejorado el sistema de registro adaptándolo a las necesidades y a las nuevas tecnologías. Se han registrado las incidencias y la búsqueda estrategias de prevención y se ha realizado una sesión clínica informativa a todo el equipo y otras específicas en las UCEs. Se establecen acciones de mejora para 2019, con un sistema de notificación de EA más ágil y dinámico, enlazado a las nuevas tecnologías. Se proponen más reuniones informativas para incentivar la notificación de EA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1462 ===== ***

Nº de registro: 1462

Título
SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Autores:
SOLER GONZALEZ CRISTINA, GRACIA GRACIA PATRICIA, BERDUN PE RUTH, PEREZ PEMAN CAMINO, FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, GARCIA RAPUN MARINA, CAUDEVILLA SOLER CLARA, SANCHEZ MENA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRÍA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables y a la vez más informados y demandantes, conforman un entorno clínico en el que aparecen los efectos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria.

La necesidad de incrementar la seguridad del paciente, mejorar la calidad de la asistencia y facilitar un sereno ejercicio profesional, entre otras cosas, justifica todos los esfuerzos para disminuir el impacto en la salud pública de la llamada epidemia oculta de errores médicos.

La seguridad del paciente es la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de la asistencia. Pero los pacientes, en particular los hospitalizados, 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 incidencia de EA en pacientes hospitalizados se ha estimado entre el 4 y el 17%.

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.

PERTINENCIA DEL PROYECTO

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. Entre todos hemos de cambiar la cultura de la culpa por la cultura del conocimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.

Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en la UCE de Psiquiatría.

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 secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS

Análisis del impacto del programa.

MÉTODO

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 UCEs 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 cada uno de los miembros del grupo y por el personal de las UCEs Hospital. 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 secciones y 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 del servicio, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria: 8- Establecer acciones de mejora para 2018.

INDICADORES

- 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 clínica el análisis de los datos de los EA recogidos (si/no)

- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio.

- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

DURACIÓN

- JUNIO-OCTUBRE 2017: Divulgación del formulario de registro de efectos adversos y primera reunión del grupo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

de trabajo. Reuniones de grupo para analizar "puntos débiles"

- NOVIEMBRE 2017: Reevaluar datos y establecer alertas. Implicar y motivar al personal de las notificaciones de efectos adversos
- DICIEMBRE 2017: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1472

1. TÍTULO

DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA

Fecha de entrada: 09/01/2018

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.

RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA
DE JUAN LADRON YOLANDA
SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES
SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA
ROMANCE ALADREN MARINA
GONZALEZ MAISO ANGELA
RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Se han hecho reuniones semanales para trabajar sobre los programas de mejora de calidad. En este en concreto cada miembro del equipo trabajó con cada uno de los sucesos que ocurren en el proceso asistencial de la derivación e ingreso en hospital de día.
2.- Mensualmente tiene lugar una reunión de calidad del equipo de psiquiatría donde se transmite lo elaborado por el equipo de hospital de día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado los dos diagramas de flujo propuestos y tras valoración en reuniones del equipo multidisciplinar de nuestro recurso (Hospital de día de psiquiatría), se decide unificarlos en un documento único que integre ambos procesos y facilite la implementación del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- Realización de dos diagramas de flujo. Ante la necesidad de interrelación entre los mismos, se ha decidido unificarlos para favorecer la integración de ambos procesos.
2.- Dicho diagrama ha sido valorado por evaluador externo.
3.- Tras valoración favorable por parte de dicho evaluador y por la Comisión de calidad de Psiquiatría procedemos a la implementación del mismo en nuestro recurso.

Consensuar criterios del equipo para la realización de dicho diagrama ha resultado tarea ardua .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1472 ===== ***

Nº de registro: 1472

Título
DIAGRAMAS DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA I. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA DEL PACIENTE

Autores:
PEREZ POZA ALFONSO, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, DE JUAN LADRON YOLANDA, SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES, SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA, ROMANCE ALADREN MARINA, GONZALEZ MAISO ANGELA, RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: ACCESIBILIDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1472

1. TÍTULO

DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA

PARA LA GESTIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA ES MUY IMPORTANTE ANALIZAR LOS PROCESOS QUE SUCEDEN. INICIAREMOS EL ANÁLISIS CON LA VALORACIÓN DE COMO SE PRODUCE LA DEMANDA DE INGRESO EN LA UNIDAD Y EL PROCESO DE ACOGIDA DE LOS USUARIOS/PACIENTES, PARA VALORAR TODOS Y CADA UNO DE LOS ACTOS ASISTENCIALES QUE SUCEDEN EN NUESTRO DISPOSITIVO Y PARA ESO UTILIZAREMOS LA TECNOLOGÍA DE LOS DIAGRAMAS DE FLUJO. ASÍ VEREMOS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA ACTUACIÓN MÉDICA

RESULTADOS ESPERADOS

ESPERAMOS OBTENER UN ADECUADO Y PORMENORIZADO ESTUDIO DE CADA PROCESO ASISTENCIAL DE NUESTRA UNIDAD PARA CONTRIBUIR DE ESTA FORMA A MEJORAR LA CALIDAD DE PARTIDA DE LA UNIDAD.

LOS DOS PROCESOS ESCOGIDOS INICIALMENTE SON:

1. PROCESO DE DERIVACIÓN. QUIEN Y CÓMO SE PRODUCE ESE PRIMER ACTO.
2. PROCESO DE ACOGIDA. VER TODO LO QUE SE REALIZA EN ESE PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE EN EL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA.

MÉTODO

LOS DIAGRAMAS DE FLUJO DE LA UNIDAD PRETENDEN CONVERTIRSE EN EL MECANISMO DE ANALISIS DE LA GESTIÓN DE ESTA UNIDAD. EL EQUIPO DEBE PLANTEARSE CADA UNO DE LOS SUCESOS QUE OCURREN EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE UN INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL. DE ESTOS TIENEN QUE SALIR LAS PROPUESTAS DE MEJORA DE LOS TRATAMIENTOS Y CONSEGUIR UNA MEJOR EFICACIA Y EFICIENCIA. EL DIAGRAMA DE FLUJOS DE LOS PROCESOS SE CONVIERTE EN UN PROGRAMA DE CALIDAD, DE MEJORA. SIN UN CONVENIENTE ANÁLISIS NO SE OBTIENE MEJORA. DEDICAMOS UNA REUNIÓN SEMANAL A LOS PROGRAMAS DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA EN HOSPITAL DE DÍA, ADEMÁS REUNIONES MENSUALES DEL GRUPO DE CALIDAD. SE HAN REALIZADO CURSOS POR PARTE DE MIEMBROS DEL EQUIPO EN FORMACIÓN Y SE HA REALIZADO UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EXHAUSTIVA. DE AQUÍ TIENEN QUE SALIR LOS OBJETIVOS, LAS TÉCNICAS A EMPLEAR Y LA METODOLOGÍA A USAR POR PARTE DEL EQUIPO EN CADA PROCESO EVALUADO Y CONSEGUIR UNA MEJORA CONSTANTE

INDICADORES

1. REALIZACIÓN ESTE AÑO DE LOS DOS FLUJOS EN LOS PROCESOS PROPUESTOS ESTE AÑO.
2. CONTRASTAR ESTOS DIAGRAMAS 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 CONTRASTARÁ CON ALGUNO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA. YA QUE SON LOS QUE RECIBEN LOS RESULTADOS Y VIVEN LAS DIFICULTADES
7. VALORAR OPORTUNIDAD DE MEJORAS.
8. RESULTADO FINAL.

DURACIÓN

1. REALIZACIÓN DE FLUJOS EN NOVIEMBRE- DICIEMBRE.
2. EVALUACIÓN EXTERNA Y POR EQUIPO EN ENERO-MARZO.
3. CORRECCIONES Y VALORACIÓN GRUPO CALIDAD EN ABRIL
4. INTRODUCIR CAMBIOS DE MEJORA EN MAYO- JUNIO
5. VER RESULTADOS HASTA FINALIZACIÓN AÑO

OBSERVACIONES

SE CONVERTIRÁ EN NUESTRO MECANISMO DE MEJORA Y CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1483

1. TÍTULO

PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

Fecha de entrada: 15/02/2018

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.

IDINI ESTER
SANCHEZ MENA MARTA
CORATU ANA MARIA
ROHNER DEL SORDO DAVID
ROMANCE ALADREN MARINA
GONZALEZ MAISO ANGELA
CORBERA ALMAJANO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la fase previa a la apertura de la UCE-II se remitieron a la Dirección Médica correspondiente los escritos necesarios para establecer los medios materiales y de personal mínimos para el correcto funcionamiento de la Unidad. Posteriormente a la puesta en funcionamiento del dispositivo, se han remitido asimismo 6 nuevos escritos periódicos en los que se actualizaban las necesidades observadas en el día a día de la práctica clínica y se reafirmaban o modificaban las necesidades previamente solicitadas y aún no resueltas.
Se han recopilado, actualizado y/o elaborado, y en algunos casos aplicado, aquellos protocolos clínicos necesarios para una atención homogénea y de calidad en base a la evidencia científica actual. Dichos protocolos han sido: Protocolo de Atención a Pacientes con Riesgo de Agitación y Heteroagresividad; Tríptico de Información para Familiares y Pacientes ingresados en UCE Servet I y II; Protocolo de TEC en Agudos y TEC de Mantenimiento; Cuidados de Enfermería en la Terapia Electro-Convulsiva (TEC); Protocolo de Consentimiento Informado (TEC); Tríptico de Información sobre la Clínica del Litio; Sistema de detección, notificación y mejora de incidentes y efectos adversos en pacientes de la U.C.E. de Psiquiatría; Protección de la confidencialidad del paciente; Protocolo de Evaluación e Intervención en Pacientes con Riesgo de Suicidio y Autolesiones; Protocolo de Actuación ante Pacientes con Riesgo de Fuga; Protocolo de Aplicación de Medidas Restrictivas (Aislamiento y Contención); Plan de Acogida al Personal UCE para Enfermería; Consejos de Enfermería al Alta de UCE Servet I y II. Nos planteamos la continuidad en la reevaluación y actualización de protocolos.
Se ha elaborado y cumplimentado una tabla en formato Excel donde se recogen las características y datos cuantificables sobre todos los pacientes y la asistencia prestada, con fines estadísticos y de investigación clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han elaborado, comunicado y actualizado las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.C.E.). Indicador cumplido al 100%.
Se han mantenido reuniones diarias de cambio de guardia para el intercambio de información sobre incidencias durante la atención continuada. Indicador cumplido al 100%.
Se han mantenido reuniones diarias con el personal de Enfermería para lectura de incidencias clínicas y/o de funcionamiento producidas en los turnos asistenciales. Indicador cumplido al 100%.
• Se ha venido revisando y actualizando la base de datos sobre los pacientes y las características de su asistencia. Indicador cumplido al 100%.
Elaboración/actualización/recopilación y aplicación de protocolos específicos realizada. Indicador cumplido al 100%.
Elaboración de estadística de actividad del año en curso (8 meses y 20 días de apertura del recurso entre el 10/04/17 y el 31/12/17) sobre Nº de ingresos; Nº total de estancias y por diagnóstico; Nº y tipo de altas por diagnóstico; Tasas de ocupación; Estancia media, promedio y por diagnóstico; Tasa de reingresos/nuevos; Porcentaje de reingresos tempranos (>1 mes); Porcentaje de ingresos involuntarios; Porcentaje de ingresos programados, etc. Realizada, indicador cumplido al 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En base a lo experimentado a lo largo del proyecto, la puesta en marcha de un dispositivo de nueva creación requiere el aprovechamiento de la experiencia previa de todos los profesionales implicados y la adaptación y reevaluación diarias a las novedades e incidencias que inevitablemente se producen. Hemos observado que resulta imposible prever absolutamente todos los imponderables que pueden surgir.
Una vez hecha la inversión inicial (del espacio y del personal), las restantes medidas conllevan un relativamente escaso impacto económico (excepción hecha de las carencias de material básico iniciales que quedan por completar). El desarrollo, modificación y estandarización del resto de medidas (protocolos, reuniones, estadísticas) se ha llevado a cabo de forma fluida sobre la experiencia diaria y las nuevas necesidades y mejoras observadas.
El equipo de mejora valora positivamente la actitud del personal por la fluidez en la colaboración, aporte de ideas y soluciones, e implementación de las medidas recogidas en el proyecto.
Por ello, este proyecto mantiene su continuidad y pertinencia en la práctica diaria por la necesidad de adaptación a la atención evolutiva de nuestros pacientes y de la dinámica de todo grupo humano. Consideramos que las tareas realizadas son fácilmente generalizables y replicables en dispositivos similares, con muy escaso gasto económico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1483

1. TÍTULO

PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1483 ===== ***

Nº de registro: 1483

Título
PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

Autores:
PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS, IDINI ESTER, SANCHEZ MENA MARTA, CORATU ANA MARIA, ROHNER DEL SORDO DAVID, ROMANCE ALADREN MARINA, GONZALEZ MAISO ANGELA, CORBERA ALMAJANO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidades de Corta Estancia (UCE) psiquiátricas son dispositivos de hospitalización para atención continuada 24 horas/día, para la evaluación, diagnóstico y tratamiento pluridimensional e intensivo a enfermos. La Ley 14/1986 General de Sanidad situó la hospitalización psiquiátrica en unidades psiquiátricas de hospitales generales que formarían parte de la red de recursos asistenciales del área de Salud Mental.
La UCE del Hospital Universitario Miguel Servet dispone de 19 camas, cantidad insuficiente para cumplir los ratios mínimos de 12 camas/100.000 habitantes (12-15 recomendadas por la OMS). En los últimos 5 años este déficit ha derivado en la saturación de las UCE y en medidas como el ingreso provisional en salas de observación de Urgencias o el traslado de pacientes a otras UCE de la Comunidad Autónoma alejadas del domicilio habitual del paciente, con la consiguiente pérdida de calidad en la atención. Como respuesta, se decidió la ampliación de camas del HUMS estableciendo 12-15 camas en un espacio de hospitalización psiquiátrica ya preparado pero no usado en el Hospital Militar de Zaragoza, dotándolo del personal médico, DUE, TCAE y celadores necesario para el correcto funcionamiento del dispositivo.
El presente proyecto se justifica por la necesidad de establecer correctamente desde el comienzo las necesidades materiales y las líneas y protocolos de funcionamiento que permitan una asistencia completa, multidisciplinar, segura y de calidad para el paciente psiquiátrico.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: pacientes =18 años, de ambos sexos, que precisen una intervención por patología psiquiátrica que exceda las posibilidades de asistencia en el ámbito extrahospitalario, con una estancia media menor de 30 días.

- Establecer los mínimos medios materiales y de personal para el correcto funcionamiento de la Unidad.
- Recopilar, actualizar y/o elaborar protocolos clínicos dirigidos a una atención homogénea de calidad en base a la evidencia científica actual.
- Puesta en marcha de funciones asistenciales, docentes y de investigación propias e integradas con la UCE originaria (HUMS).
- Reevaluación continuada del plan de necesidades y de protocolos.
- Recogida de datos cuantificables sobre las características de la asistencia a los pacientes con fines estadísticos y de mejora continuada.

MÉTODO

- Elaborar y comunicar las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las UCE.
- Reuniones diarias de cambio de guardia para el intercambio de información sobre incidencias durante la atención continuada (1 reunión/día).
- Reuniones diarias con el personal de Enfermería para lectura de incidencias clínicas y/o de funcionamiento producidas en los turnos asistenciales (mínimo 1 reunión/día laborable).
- Revisión y actualización diaria de la base de datos sobre las características de la asistencia (Sí/No).
- Elaboración de estadística de actividad anual sobre Nº de ingresos; Nº total de estancias y por diagnóstico; Nº y tipo de altas por diagnóstico; Tasas de ocupación; Estancia media, promedio y por diagnóstico; Tasa de reingresos/nuevos; Porcentaje de reingresos tempranos (>1 mes); Porcentaje de ingresos involuntarios; Porcentaje de ingresos programados, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1483

1. TÍTULO

PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

- Aplicación de protocolos específicos (Sí/No).
- Entrega y recogida de encuestas de satisfacción a pacientes.

INDICADORES

- Elaborar y comunicar las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.C.E.). INDICADOR: Proyecto elaborado y comunicado a la Dirección médica, Sí/No.
- Reuniones diarias de cambio de guardia para el intercambio de información sobre incidencias durante la atención continuada. INDICADOR: =1 reunión/día.
- Reuniones diarias con el personal de Enfermería para lectura de incidencias clínicas y/o de funcionamiento producidas en los turnos asistenciales. INDICADOR: =1 reunión/día laborable.
- Revisión y actualización diaria de la base de datos sobre las características de la asistencia. INDICADOR: =50% de los días.
- Elaboración de estadística de actividad anual sobre Nº de ingresos; Nº total de estancias y por diagnóstico; Nº y tipo de altas por diagnóstico; Tasas de ocupación; Estancia media, promedio y por diagnóstico; Tasa de reingresos/nuevos; Porcentaje de reingresos tempranos (>1 mes); Porcentaje de ingresos involuntarios; Porcentaje de ingresos programados, etc. INDICADOR: Realizada/No realizada.
- Aplicación de protocolos específicos. INDICADOR: Realizada/No realizada.
- Entrega y recogida de encuestas de satisfacción a pacientes. INDICADOR: Entregada =50%, recogida =25%.

DURACIÓN

Marzo-abril de 2017: Elaboración y comunicación de las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.C.E.).
Abril-mayo de 2017: Puesta en marcha del dispositivo.
Abril-diciembre de 2017: Recogida de datos.
Enero-Febrero de 2018: Análisis de los datos y elaboración y comunicación de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1513

1. TÍTULO

CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN ASENSIO MANERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ RODRIGUEZ CONCEPCION
CEREZO SERRANO FRANCISCA
SANCHEZ-MATEOS MORENO JAIME
NOVELLA NEBREDA SUSANA
RIPALDA ROVIRA DOLORES
CUADRADO MARTIN ANA ISABEL
ALAYETO ADIEGO PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de una hoja de recogida de información, que se lleva a cabo en el momento del ingreso del paciente en la UCE. Con dicho documento, es posible una información detallada, y con ella, el seguimiento posterior con control de cuidados y aumento de la mejora asistencial al paciente ingresado en la UCE.
Se han realizado reuniones informativas para cumplimentar adecuadamente la hoja de control de cuidados y se ha concretado ya la fecha de implementación en la unidad, que será la segunda quincena del mes de febrero del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Siguiendo el cronograma previsto, se finalizó el documento escrito en el mes de diciembre del 2017. Durante el mes de enero y mitad de febrero se ha presentado el documento, a todo el personal en las unidades de UCE de Psiquiatría y se han realizado dos sesiones informativas, en cada unidad, para el personal implicado en su cumplimentación.
Durante la segunda quincena del mes de febrero se ha repartido el documento para comenzar a su implementación por el personal implicado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al ingreso en la unidad, la TCAE realiza la implementación del documento para el control de cuidados, quedando así reflejado sus necesidades y llevar un estricto control de sus cuidados con los recursos existentes.
Tras la presentación al personal implicado de éste documento, se ha llevado una adecuada estructuración en la recogida de información con la consiguiente mejora en la calidad de cuidados.
Se considera que se ha cumplido el objetivo con la consiguiente mejora en la atención y funcionamiento, con los recursos asistenciales disponibles, al paciente y sus familias durante su ingreso hospitalario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1513 ===== ***

Nº de registro: 1513

Título
CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO

Autores:
ASENSIO MANERO CARMEN, RUIZ RODRIGUEZ CONCEPCION, CEREZO SERRANO FRANCISCA, SANCHEZ MATEOS MORENO JAIME, NOVELLA NEBREDA SUSANA, RIPALDA ROVIRA DOLORES, CUADRADO MARTIN ANA ISABEL, ALAYETO ADIEGO PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1513

1. TÍTULO

CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La UCE del HUMS (sector II) se abrió en el año 1992 con 17 camas. Posteriormente se amplió hasta 19 camas, siendo aún insuficiente para cumplir los ratios recomendados por la OMS de 12 camas por 100.000 habitantes, siendo nuestro sector de población aproximadamente de 450.000 habitantes.
En las unidades de hospitalización psiquiátrica existe saturación de demanda sobre los recursos existentes que lleva a un empobrecimiento de recursos existentes así como un estrés laboral que puede poner en riesgo la calidad asistencial.
Este proyecto, se justifica por la necesidad de establecer correctamente un control de los cuidados, recursos materiales y asistenciales, con un enfoque para la correcta asistencia al enfermo psiquiátrico cuando ingresa en la UCE del HUMS.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos: la población diana son todos los paciente ingresados en UCE, de ambos sexos, que precisen cuidados multidisciplinares.
Recogida de todos los datos cuantificables al ingreso, sobre las necesidades para el control del paciente, con la finalidad de una mejora asistencial.
Aportar recursos materiales y asistenciales para el paciente y también sus familias para conseguir un correcto control y funcionamiento de la asistencia durante su ingreso hospitalario.

MÉTODO

Elaboración de un documento escrito, una plantilla con una serie de items pertinentes, con toda la información referida a el control necesario del paciente cuando ingresa en la UCE de Psiquiatría.
Presentación del documento a los profesionales de la plantilla que trabajan en esta unidad para su implementación posterior.
Realizaran, la cumplimentación de dicha plantilla, las TCAES de la UCE, al ingreso del paciente en la unidad de psiquiatría, rellenando los items para control y cuidados del paciente durante su estancia en la UCE.

INDICADORES

Desarrollo e implementación del documento escrito (presente/ausente)
Impartición de un taller de implementación del documento dirigido a TCAES SI/NO
Distribución del documento en la UCE

DURACIÓN

Elaboración del documento : hasta diciembre del 2017
Impartición del taller para su correcta cumplimentación: Enero 2018
Implementación en la unidad para su cumplimentación por TCAES : enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0142

1. TÍTULO

EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ESTEBAN MAYAYO SINUES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOLOGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ RODRIGUEZ CHRISTIAN
PERPIÑAN SANCHEZ PEDRO
BELTRAN GALLEGU ALBA
GONZALVO GOMEZ ADRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Por este orden:

- Inyección intraarticular por guía fluoroscópica del medio de contraste,
- Tracción manual de cadera en la sala RM
- Colocación de tracción blanda en la sala RM
- Informe radiológico teniendo en cuenta la existencia o no de lesión condral u osteocondral acetabular o de la cabeza femoral así como su extensión y localización.
- En la fase final de realización de la memoria del proyecto, se recogen datos y se valora la efectividad de la técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Agosto de 2016 hasta Diciembre de 2017 se han realizado 17 artroRM de cadera, de las cuales en 16 se colocó tracción blanda en la sala RM (conectados a peso de 10 o 15Kg según tipología del paciente). La duración del procedimiento de colocación de la tracción fué inferior a los 5 minutos. En ningún caso los pacientes manifestaron intolerancia clínica.

Para analizar los resultados se excluyó un caso en el que no se realizó tracción y otro con osteoartritis avanzada.

De los 15 casos analizados, en 7 casos no se logró opacificar con el medio de contraste la interlínea articular, lo que supone que la tracción no fue efectiva en el 46,6% de los casos. Esto puede deberse a factores técnicos, como las especiales características de diseño de la sala RM, el propio diseño del sistema de polea, una insuficiente tracción manual previa o incluso un escaso peso de la polea en pacientes corpulentos.

Se demostró en RM lesión condral u osteocondral acetabular en 7 casos (46,6%). De éstos, 2 casos presentaban afectación quística subcondral sin defecto condral demostrable. Solo se observó un caso con lesión condral femoral, el cual asociaba lesión acetabular.

Hubo dos casos de rotura de ligamento redondo, en uno de los cuales la tracción no fué efectiva.

No puede valorarse el papel de la tracción en la mejora de la detección de lesiones intraarticulares con artroRM basándonos en el patrón oro artroscópico (en el momento de la revisión se había intervenido uno de los pacientes, en el que se confirmó lesión condral).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La artroRM es la principal técnica de imagen previo a cirugía artroscópica de cadera.

La utilización de tracción blanda es costoefectiva y bien tolerada, mejorando la calidad de la técnica de artroRM.

En nuestra serie la efectividad de la tracción ha sido algo limitada e inferior a la esperada, lo que podría deberse a factores técnicos de diseño del sistema de tracción.

La artroTC combinada con artroRM, preferiblemente con limitación de dosis de radiación, podría solventar los problemas técnicos observados de cara a valorar optimamente lesiones condrales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/142 ===== ***

Nº de registro: 0142

Título
EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA

Autores:
MAYAYO SINUES ESTEBAN, BELTRAN GALLEGU ALBA, GONZALVO GOMEZ ADRIAN, HERNANDEZ RODRIGUEZ CHRISTIAN, PERPIÑAN SANCHEZ PEDRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0142

1. TÍTULO

EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La artrografía por RM directa (ARM) es la modalidad de elección radiológica en la valoración preoperatoria de la patología intraarticular de la cadera y cada vez se demanda más, paralelamente al desarrollo de la cirugía y artroscopia de cadera.

Diversos trabajos han demostrado que el empleo de tracción permite mejorar la visualización de las estructuras intraarticulares del compartimento central de la cadera, como el labrum acetabular, la unión condrolabral, el cartílago articular y el ligamento redondo.

De todas estas estructuras la que más se beneficia de la tracción es el cartílago articular, estructura que supone un reto para el radiólogo en esta articulación. Típicamente, en el pinzamiento femoroacetabular de tipo cam, pueden existir extensas lesiones delaminantes en el techo acetabular que pueden pasar desapercibidas en ARM sin tracción. Las lesiones condrales pueden modificar el abordaje terapéutico, dado que si son extensas desaconsejan la cirugía conservadora y en ocasiones pueden requerir técnicas de reparación condral adicionales.

RESULTADOS ESPERADOS

-Mejorar la sensibilidad en la detección de lesiones intraarticulares de la cadera respecto de la ARM sin tracción: lesiones del labrum acetabular, unión condrolabral, cartílago articular y ligamento redondo.
-En algunas de estas estructuras, como el caso del ligamento redondo, el aumento de sensibilidad se puede acompañar de un aumento de los falsos positivos de rotura, por lo que puede combinarse el estudio con tracción y sin tracción.

MÉTODO

-Los estudios de ARM se realizarán específicamente en el aparato RM 1,5T del edificio multifuncional, dotado de una antena multicanal cardíaca (8 canales), óptima para el estudio de cadera.
-Realización de tracción manual para vencer la presión negativa de la cadera
-Colocación a continuación del sistema de tracción blanda que se conectará a un peso variable según las características constitucionales del paciente (se dispondrá de tres garrapas de agua, de 10, 15 y 20 Kg).
-El procedimiento de tracción manual y colocación del sistema de tracción blanda dura alrededor de 5 minutos.
-Se emplearán sistemas de clasificación y estadificación específicos de las lesiones del cartílago.

INDICADORES

-Recogida de datos descriptivos y análisis observacional de las lesiones.
-En caso de disponer en algún caso de los resultados de la artroscopia, se compararán éstos con los datos del informe radiológico.
-Se valorará la eficacia del procedimiento (objetivo: 80%) valorando si se introduce el fluido articular en la interlínea articular superior, de forma que el contraste delimite el cartílago articular del acetábulo y de la cabeza femoral.

DURACIÓN

-Inicio: Agosto de 2016.
-Revisión inicial a los 6 meses (Enero de 2017)
-Revisión final a los 10 meses (Mayo de 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA; MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 Y TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE SILVIA CRUZ CIRIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. RADIOLOGICO
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MUR CARMEN
GARCIA BARRADO ANA ISABEL
DUESO AZNAR ABEL
IBÁÑEZ MORUGA CONSUELO
MORENO DE MIGUEL LOURDES
GOMEZ GIL ANA
ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Ha continuado la transición del sistema de gestión de calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001 2015
• Se han ejecutado los objetivos anuales.
• Todo el personal de la sección participa en la recogida de incidencias y no conformidades.
• Se han realizado reuniones periódicas del grupo de calidad.
• Ha continuado la colaboración con otras secciones del Servicio (Sección Neurorradiología y Pediatría) para el mantenimiento e implantación de la certificación respectivamente.
• Se ha actualizado el procedimiento de formación en colaboración con la UCA.
• Se ha actualizado el protocolo Z2-484-18 de RM mamaria tal y como estaba previsto en la fecha de su elaboración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016. Tras estos años el personal se ha concienciado paulatinamente sobre la política de calidad de la Sección y colabora activamente.

El grupo de mejora de la Sección funciona activamente con reuniones periódicas, colaborando en el seguimiento de indicadores, que desde 2017 se realiza de forma semestral.

La comunicación con los responsables de la implantación ISO de las Secciones de Neurorradiología y Pediatría ha sido dinámica y se han unificado procedimientos

Los cambios tecnológicos de la Sección han conllevado mejoras en la infraestructura física y la distribución de las salas de exploración.

La adquisición de nuevos equipos tecnológicos (tomosíntesis y mesa prono estereotáxica) nos ha permitido nuevas líneas de trabajo con la participación de la Sección en un estudio multicéntrico nacional sobre exéresis de lesiones mamarias de alto riesgo mediante biopsia asistida por vacío (BAV).

El análisis de incidencias y no conformidades ha conllevado una comunicación directa con los servicios peticionarios para consensuar la periodicidad de las exploraciones realizadas en la sección.

La actualización del procedimiento de formación ha permitido un análisis más exhaustivo de las necesidades formativas del personal y un transcurso más adecuado de las actividades previstas.

La satisfacción de los pacientes con la atención recibida en la Sección continúa muy alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios tecnológicos de la Sección han conllevado mejoras en la infraestructura y nuevas líneas de trabajo.

La existencia del grupo de mejora de calidad de la Sección facilita el correcto transcurso de los objetivos anuales y el análisis de incidencias y no conformidades.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 Y TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

*** ===== Resumen del proyecto 2016/146 ===== ***

Nº de registro: 0146

Título
CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Autores:
CRUZ CIRIA SILVIA, MUEL GUERRERO CAROLINA, GARCIA MUR CARMEN, DUESO AZNAR ABEL, IBAÑEZ MORUGA CONSUELO, DUARTE SANCHO LAURA, REDONDO BLANCO ROSA, ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la Sección para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es que una vez implantado el sistema de gestión de Calidad ISO 9001, y obtenida la certificación, consolidar todos sus componentes, concienciar al personal y dar un impulso a la seguridad del paciente mediante la elaboración e implantación de un adecuado procedimiento de gestión para el control de riesgos y contingencias sobre la seguridad del paciente en la sección de Radiología Mamaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del Sistema de Calidad ISO
Concienciación del personal de la Sección con la sistemática de trabajo dentro de un marco de calidad.
Transmitir información sobre el sistema ISO (formatos, procedimientos, etc..) a los responsables de la implantación de la ISO en la Sección de Neurorradiología.
Elaborar e implantar procedimiento de gestión de riesgos.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

A continuación poner las actividades mas importantes de los objetivos que se quieren alcanzar con los responsables:

Establecer una dinámica de reuniones periódicas (semestrales) del grupo de mejora de calidad de la Sección de Radiología.

Incidir en la importancia del registro de incidencias para la mejora continua de la dinámica de trabajo de la Sección.

Informar sobre documentación y sistemática de trabajo al responsable ISO de la Sección de Neurorradiología.

INDICADORES

La evaluación se llevara a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.
Implantado registro de gestión de riesgos y diseñando los indicadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA; MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 Y TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017.

Revision por la Direccion: Abril 2017.

Auditoria Externa: mayo/junio 2017.

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

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

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Poner fecha.

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Poner fecha

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA CRUZ CIRIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUEL GUERRERO CAROLINA
GARCIA MUR CARMEN
DUESO AZNAR ABEL
IBÁÑEZ MORUGA CONSUELO
DUARTE SANCHO LAURA
REDONDO BLANCO ROSA
ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha mantenido la certificación ISO 9001.
Se han ejecutado los objetivos anuales.
Se ha colaborado con otras secciones del Servicio (Sección Neurorradiología) para la implantación de la certificación.
Se ha adaptado el sistema de gestión de calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001:2015, incluyendo nuevos procedimientos sobre riesgos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016. Tras estos años el personal se ha concienciado paulatinamente sobre la política de calidad de la Sección y colabora activamente.

El grupo de mejora de la Sección funciona activamente con reuniones periódicas, colaborando en el seguimiento de indicadores, que desde 2017 se realiza de forma semestral.

La comunicación con los responsables de la implantación ISO en la Sección de Neurorradiología ha sido óptima y tras su certificación, la tendencia es a la unificación de procedimientos.

Tras los cambios tecnológicos de la Sección ha mejorado la comunicación con el Servicio de Electromedicina, que mantiene un registro de mantenimientos de los equipos de forma rigurosa.

Asimismo, la adquisición de nuevos equipos tecnológicos nos ha permitido nuevas líneas de mejora que han conllevado una reorganización física de la Sección.

El sistema de encuestas funciona correctamente y la satisfacción de los pacientes con la atención recibida en la Sección continúa muy alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La existencia del grupo de mejora ha facilitado una sistemática de trabajo de la Sección dentro de un marco de calidad.

Los cambios en el Sistema por los requisitos de la nueva norma ISO nos abren un nuevo horizonte para abordar la calidad desde el punto de vista de los riesgos, amenazas, debilidades y las oportunidades que de ello se deriva.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/146 ===== ***

Nº de registro: 0146

Título
CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Autores:
CRUZ CIRIA SILVIA, MUEL GUERRERO CAROLINA, GARCIA MUR CARMEN, DUESO AZNAR ABEL, IBAÑEZ MORUGA CONSUELO,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

DUARTE SANCHO LAURA, REDONDO BLANCO ROSA, ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la Sección para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantamiento es que una vez implantado el sistema de gestión de Calidad ISO 9001, y obtenida la certificación, consolidar todos sus componentes, concienciar al personal y dar un impulso a la seguridad del paciente mediante la elaboración e implantación de un adecuado procedimiento de gestión para el control de riesgos y contingencias sobre la seguridad del paciente en la sección de Radiología Mamaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del Sistema de Calidad ISO
Concienciación del personal de la Sección con la sistemática de trabajo dentro de un marco de calidad.
Transmitir información sobre el sistema ISO (formatos, procedimientos, etc..) a los responsables de la implantación de la ISO en la Sección de Neurorradiología.
Elaborar e implantar procedimiento de gestión de riesgos.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

A continuación poner las actividades más importantes de los objetivos que se quieren alcanzar con los responsables:

Establecer una dinámica de reuniones periódicas (semestrales) del grupo de mejora de calidad de la Sección de Radiología.

Incidir en la importancia del registro de incidencias para la mejora continua de la dinámica de trabajo de la Sección.

Informar sobre documentación y sistemática de trabajo al responsable ISO de la Sección de Neurorradiología.

INDICADORES

La evaluación se llevara a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.
Implantado registro de gestión de riesgos y diseñando los indicadores.

DURACIÓN

Auditoría interna: Febrero/abril 2017.

Revisión por la Dirección: Abril 2017.

Auditoría Externa: mayo/junio 2017.

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

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

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Poner fecha.

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Poner fecha

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

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0463

1. TÍTULO

SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES: MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, IMPLANTES COCLEARES FRENTE A RM

Fecha de entrada: 23/01/2018

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.
SERAL MORAL PILAR
MARTINEZ GARCIA ROBERTO
LEACHE PUEYO JAIME
OLORIZ SANJUAN TERESA
BARRERA ROJAS MIGUEL
ECED MARTINEZ ANA
MAESTRO PEÑA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones periódicas con el grupo de trabajo trimestralmente, y comunicación continua a través del correo electrónico.
- Hemos establecido métodos de contacto entre el servicio de Radiodiagnóstico y los Servicios que habitualmente implantan los dispositivos para citar las exploraciones en el momento más adecuado y con supervisión de los mismos, evitando pérdida de citas de RM
- Elaboración de documentos y fichas por parte de los diferentes miembros del equipo con las características de los dispositivos colocados en nuestro centro, especificando si son RM condicional o no, si se puede realizar la exploración y en que condiciones debe realizarse el manejo de los diferentes dispositivos implantables y su seguridad frente a RM, todo ello siguiendo el calendario marcado.
- Recogida de todos los documentos y elaboración de un dossier conjunto donde el radiólogo puede acceder para valorar la seguridad del dispositivo, o la realización del estudio
- Recopilación de una selección de bibliografía con información de interés y documentación facilitada por las casa comerciales de cada dispositivo.
- Puesta a la disposición del servicio de toda esta documentación en la carpeta de Calidad del Servicio.(Unidad U)
- Sesión del servicio para dar a conocer las recomendaciones, propuestas para el manejo de estos pacientes, y la utilidad del proyecto realizado.
- Contamos con una base de datos de exploraciones solicitadas y citadas valorando las posibles incidencias para poder aplicar medidas correctoras si fuese necesario

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Comunicación fluida entre los diferentes integrantes del programa de calidad: Radiólogos, enfermería, y servicios peticionarios: Anestesia, Cardiología, Neurocirugía y Otorrinolaringología, para un correcto manejo de los pacientes con dispositivos implantable y su seguridad frente a RM.
- Los documentos elaborados por el proyecto de mejora están a disposición de los radiólogos pudiendo acceder a toda la documentación en la carpeta de de Calidad de Radiodiagnóstico, accesible en todos los ordenadores del servicio, (subcarpeta RM dispositivos implantables, unidad T) donde se puede acceder a los documentos elaborados por cada especialidad (Anestesia, Cardiología, neurocirugía, Otorrinolaringología), la bibliografía y la información de las casas comerciales.
- Disponer de los correos o teléfonos de los médicos especialistas correspondientes para contactar con ellos y programar los estudios de forma adecuada en pacientes portadores de dispositivos implantables, en caso necesario. Esta información también se encuentra en la carpeta de Calidad de Radiodiagnóstico, (subcarpeta RM dispositivos implantables, unidad T).
- Unificación en la toma de decisiones
- Garantizar la seguridad del paciente, e integridad tanto del dispositivo, como de su salud.
- Permitir la adecuada selección de pacientes candidatos a la realización de RM de forma segura.
- Evitar la pérdida de exploraciones en los equipos RM.
- Optimización del tiempo de trabajo en los equipos de RM evitando citas fallidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Es imprescindible la comunicación, colaboración y coordinación con otros servicios para el manejo de estos pacientes.
- Es muy importante valorar la indicación real de las pruebas teniendo en cuenta la relación riesgo / beneficio de la exploración para el paciente.
- Es necesario dar a conocer esta información al médico peticionario para que en un futuro sea él quien valore la compatibilidad o no del dispositivo.
- Queda pendiente una sesión multidisciplinaria en el hospital para dar a conocer este proyecto de mejora, y concienciar al médico peticionario, de lo importante que es la correcta selección de estos pacientes para el estudio RM así como las recomendaciones elaboradas en este proyecto, que tenemos intención de realizar el año que viene contando con la colaboración de los miembros del proyecto de mejora.
- Se publicarán tras la sesión multidisciplinaria en intranet las recomendaciones y la seguridad de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0463

1. TÍTULO

SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES: MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, IMPLANTES COCLEARES FRENTE A RM

dispositivos ya que esta información tiene que ser distribuida entre los médicos solicitantes de las exploraciones que podrán consultar la documentación y realizar la interconsulta necesaria previamente a la solicitud de las exploraciones.

- Hay que concienciar a los médicos peticionarios de la importancia de la seguridad de sus pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/463 ===== ***

Nº de registro: 0463

Título
SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES (IMPLANTES COCLEARES, MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, ETC)
FRENTE A RESONANCIA MAGNETICA

Autores:
BERNAL LAFUENTE CELIA, SERAL MORAL PILAR, MARTINEZ GARCIA ROBERTO, LEACHE PUEYO JAIME, OLORIZ SANJUAN TERESA,
BARRERA ROJAS MIGUEL, MAESTRO PEÑA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo paciente que va a realizarse estudio de Resonancia Magnética
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Eficiencia de recursos y seguridad del paciente

PROBLEMA

Uno de los problemas que nos encontramos con relativa frecuencia en los servicios de radiodiagnóstico, es la necesidad de realizar estudios de Resonancia Magnética (RM) en pacientes portadores de dispositivos implantables, hecho cada vez más frecuente, por el desarrollo tecnológico, el avance de la medicina y la necesidad creciente de realizar seguimiento y pruebas de imagen a pacientes cada vez más complejos. Es por tanto de gran importancia valorar la seguridad de los dispositivos implantables en los estudios RM.
Ante la gran cantidad de dispositivos implantables y casas comerciales, es difícil en algunas circunstancias conocer la seguridad del dispositivo frente al estudio RM, por diferentes circunstancias.
Ante estas situaciones en algunas ocasiones se desestima la realización de una prueba de RM por falta de información acerca de la seguridad y posterior control del dispositivo.
Todos conocemos las listas de espera para la realización de una prueba de imagen, y si un estudio no puede realizarse por falta de seguridad, además de la espera y molestias generadas en el paciente, estamos perdiendo una exploración en la sala de RM que podría haberse empleado para valorar a otro paciente.
Con el fin de que no se repitan estas situaciones en pacientes con dispositivos implantables, surge la idea de este proyecto de mejora con una doble finalidad:
Garantizar la seguridad del paciente y realizar estudios RM en pacientes portadores de dispositivos implantables compatibles con RM, creando un grupo multidisciplinar donde el radiólogo, el enfermero de la RM, y el médico responsable del dispositivo (neurocirujano, cardiólogo, anestesista, otorrinolaringólogo), establezcamos una estrecha relación para el manejo de estos pacientes, tanto antes como después de someter al paciente a la prueba. Controlar la gestión de las exploraciones de RM, evitando así la pérdida de exploraciones, o la duplicación de peticiones por la falta de información acerca de la compatibilidad del dispositivo con la técnica a realizar.

RESULTADOS ESPERADOS

Comunicación fluida entre Radiólogos, enfermería, y servicios peticionarios, para un correcto manejo de los pacientes con dispositivos implantables y su seguridad frente a RM
Garantizar la seguridad del paciente, e integridad tanto del dispositivo, como de su salud.
Permitir la realización de exploraciones RM en pacientes portadores de dispositivos implantables seguros.
Evitar la pérdida de exploraciones en los equipos RM

MÉTODO

Reuniones con los miembros del grupo de mejora y las casas comerciales responsables de los dispositivos implantables acerca de la seguridad.
Realizar reuniones con los miembros del grupo de mejora obteniendo información de los dispositivos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0463

1. TÍTULO

SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES: MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, IMPLANTES COCLEARES FRENTE A RM

implantables, y la necesidad de realizar estudios RM en dichos pacientes valorando beneficio/riesgo de la prueba. Conseguir que los pacientes acudan a la cita de la RM con la tarjeta de los parámetros técnicos de su dispositivo (en el caso de los de nueva generación).
Diseñar fichas para la recogida de datos por parte del médico con información necesaria acerca del dispositivo implantable y su seguridad frente a RM.
Aportar información a nuestros colegas por medio de circulares/emails, páginas como MRI safety y documentación facilitada por las casa comerciales.
Publicar en intranet las recomendaciones y seguridad de los dispositivos

INDICADORES

Contabilizar la pérdida de huecos debida a estas situaciones.
Poder realizar pruebas de RM en pacientes con dispositivos implantables de forma segura.
Confirmar la seguridad de dichos dispositivos frente a RM, y registrarlos en un documento.
Publicar en intranet las recomendaciones y la seguridad de los dispositivos.
Valorar satisfacción del paciente y los servicios peticionares mediante encuestas de satisfacción.
Renovación y reevaluación posteriormente nuevos dispositivos que hayan sido comercializados. Reunión semestral por ejemplo

DURACIÓN

Realizar una primera reunión en octubre/noviembre con todos los miembros del grupo para poder establecer reuniones con las casas comerciales y reuniones según necesidades con cada especialista para determinar la pauta a seguir de consulta-estudio RM-control posterior.
Calendario de citas según posibilidades de las casas comerciales: una al mes por ejemplo para conocer las características de dichos dispositivos.
Reunirnos con cada servicio peticionario para establecer los criterios de control (antes y después de la RM para garantizar su correcto funcionamiento) y definir el proceso a seguir.
Sesiones de servicio para dar a conocer el procedimiento a seguir.
Una vez sentadas las bases del proyecto con una reunión cada seis meses se actualizarán los nuevos dispositivos que hayan salido al mercado y valorar posibles incidencias

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0539

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GRIMA GRIMA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PIEDRAFITA NADAL ZULEMA
VENEGAS SANTIESTEVE CARMEN
PEREZ DIAZ JOSE JAVIER
VELA VELA SONIA
EJEA VILLANUEVA MARIA PILAR
MUÑOZ ESTERAS MARIA ESTER
BLAS BLASCO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
HABLAR CON LOS RADIOLOGOS DE LOS PROTOCOLOS A REALIZAR Y DE LA NOMENGLATURA A UTILIZAR.
DISEÑO DE FICHAS TECNICAS DONDE SE PONDRAN LOS PARAMENTROS DE LOS PROTOCOLOS Y LAS ACTUACIONES DE ENFERMERIA
REPARTO DE LOS PROTOCOLOS A REALIZAR ENTRE LOS DISTINTOS MIEMBROS DEL EQUIPO DIFERENCIANDO ENTRE LA PARTE A REALIZAR POR TER U POR D.U.E

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN REALIZADO EL 70 POR CIENTO DE LAS FICHAS CON LOS PROTOCOLOS DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON PROTOCOLOS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA EXPLORACION Y LA PROTECCION RADIOLOGICA, ASI COMO PARA FAILITAR EL APRENDIZAJE DELPERSONAL NUEVO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/539 ===== ***

Nº de registro: 0539

Título
ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Autores:
GRIMA GRIMA MARIA JOSE, VENTURA MILLAN ANA ISABEL, PIEDRAFITA NADAL ZULEMA, VENEGAS SANTIESTEVE CARMEN, PEREZ DIAZ JOSE JAVIER, VELA VELA SONIA, EGEA VILLANUEVA MARIA PILAR, MUÑOZ ESTERAS MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES QUE REQUIERAN UN ESTUDIO CON TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El problema se detecto cuando nos dimos cuenta que en los aparatos de tomografía axial computarizada existían varios protocolos con nombres iguales pero diferentes datos técnicos, creando confusión con respecto a que protocolo era adecuado para la exploración indicada.
En la actualidad existen cinco aparatos de tomografía axial computarizada (TAC) con gran variedad de protocolos, casi ninguno por escrito, algunos se encuentran en desuso, pero no se han desinstalado.
Seria útil una actualización de estos protocolos, clarificando y validando los correctos y actualizados,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0539

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

desarrollando por escrito dichos protocolos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es que en cada aparato de TAC se encuentren los protocolos actualizados por la Sección de Neurorradiología y Sección Cara Cuello, poniendo en marcha un sistema de continua revisión, actualización y registro.

MÉTODO

Utilizaremos la siguiente metodología para actualizar protocolos en el TAC, consistirá en:

.El personal técnico junto con el responsable de protocolos de las secciones de neurorradiología y cara cuello se reunirán en el aparato TAC correspondiente a la actualización.

.La nomenclatura para los nuevos protocolos de TAC que se utilizará será la siguiente:

En primer lugar se colocara en mayúsculas la inicial de cada sección seguido de un guión y a continuación el nombre del protocolo y los últimos dígitos del año de la actualización.

Ejemplo: N-CRANEO ESTANDAR 16.

.Se crearan unas fichas donde quedaran reflejados por escrito todos los protocolos que se encuentran en ese momento en ese aparato de TAC.

Todos estos aspectos, así como otros, han quedado plasmados en la metodología consensuada y desarrollada en una Instrucción Técnica, IT 01-Z2-(E)M_RXNYCC

INDICADORES

Utilizaremos los siguientes marcadores para nuestro proyecto de mejora:

.Registro de aquellos protocolos en los que se ha implementado el nuevo sistema de nomenclatura.

.Creación de un dossier de los protocolos ya actualizados.

.Registro de incidencias

.Número de incidencias registradas

DURACIÓN

La fecha de inicio de este proyecto será noviembre 2016 hasta diciembre del 2018.

El cronograma que vamos a utilizar es:

1º Actualización de la lista de protocolos en los aparatos de TAC, actualizando la nomenclatura

2º Creación de fichas técnicas, donde quedaran reflejados cada uno de los protocolos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0541

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE JESUS ARTAJONA BLANCO
· Profesión TER
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORRIA AGUADO MARIA ESPERANZA
LLORO LANCHO MERCEDES
PALACIOS MOYA JOSE ANTONIO
MARTINEZ CORTES MARIA JESUS
MAÑAS CRIADO JESICA
LEZCANO GAYAN MARIA FLOR
VILLALBA ABRIL FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DISTRIBUCION ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE LOS PROTOCLOS QUE SE DEBEN ACTUALIZAR, DISTINGUIENDO DENTRO ELLOS LA PARTE CORRESPONDIENTE A LOS TER Y LA CORRESPONDIENTE A ENFERMERIA.

ELIMANAR LOS PROTOCOS OBSOLETOS.

MODIFICACION DE LA NOMENCLATURA DE LOS PROTOCOLOS VIGENTES DE NEURORRADIOLOGIA,
ACORDANDO LOS NOMBRES QUE RECIBIRAN LOS PROTOCLOS CON LOS FALCULTATIVOS CORRESPONDIENTES.

ACTUALIZACION DE PARAMETROS TECNICOS EN PROTOCOLOS.

CAPTURA DE IMAGENES QUE SE ADJUNTARAN EN LOS PROTOCOLOS PARA FACILITAR SU COMPRENSIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HA ACTUALIZADO LA NOMENCLATURA DEL 100% DE LOS PROTOCOLOS DE NEURORRADIOLOGIA.

SE HAN ELIMINADO TODOS LOS PROTOCOLOS OBSOLETOS.

SE HAN COMPLETADO EL 75% DE LOS PROTOCOLOS DE NEURORRADIOLOGIA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL EQUIPO SE HA DADO CUENTA DE LO IMPORTANTE QUE ES LA COLABORACION ENTRE TODOS LAS CATEGORIAS PROFESIONALES PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DE LOS PROTOCOLOS, PORQUE ASI SE CONSIGUE UNA VISION GLOBAL Y NO SESGADA DE LAS TAREAS A REALIZAR, LO QUE FACILITA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/541 ===== ***

Nº de registro: 0541

Título
ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Autores:
ARTAJONA BLANCO JOSE JESUS, GORRIA AGUADO MARIA ESPERANZA, LLORO LANCHO MERCEDES, PALACIOS MOYA JOSE ANTONIO, MARTINEZ CORTES MARIA JESUS, MAÑAS CRIADO JESICA, MAESTRO PEÑA PILAR, VILLALBA ABRIL FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES QUE REQUIERAN UN ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0541

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El problema se detecto cuando nos dimos cuenta que en los aparatos de resonancia magnetica existían varios protocolos con nombres iguales pero diferentes datos técnicos, creando confusión con respecto a que protocolo era adecuado para la exploración indicada.
En la actualidad existen tres aparatos de resonancia magnética (RM) con gran variedad de protocolos, casi ninguno por escrito, algunos se encuentran en desuso, pero no se han desinstalado.
Seria útil una actualización de estos protocolos, clarificando y validando los correctos y actualizados, desarrollando por escrito dichos protocolos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es que en cada aparato de RM se encuentren los protocolos actualizados por la Sección de Neurorradiología y Sección Cara Cuello, poniendo en marcha un sistema de continua revisión, actualización y registro

MÉTODO

Utilizaremos la siguiente metodología para actualizar protocolos en la RM, consistirá en:
.El personal técnico junto con el responsable de protocolos de las secciones de neurorradiología y cara cuello se reunirán en el aparato RM correspondiente a la actualización.
.La nomenclatura para los nuevos protocolos de RM que se utilizará será la siguiente:
En primer lugar se colocara en mayúsculas la inicial de cada sección seguido de un guión y a continuación el nombre del protocolo y los últimos dígitos del año de la actualización.
Ejemplo: N-CRANEO ESTANDAR 16.
.Se crearan unas fichas donde quedaran reflejados por escrito todos los protocolos que se encuentran en ese momento en ese aparato de RM.

Todos estos aspectos, así como otros, han quedado plasmados en la metodología consensuada y desarrollada en una Instrucción Técnica
IT 01-Z2-(E)M_RXNYCC

INDICADORES

. Utilizaremos los siguientes marcadores para nuestro proyecto de mejora:
.Registro de aquellos protocolos en los que se ha implementado el nuevo sistema de nomenclatura.
.Creación de un dossier de los protocolos ya actualizados.
.Registro de incidencias
.Número de incidencias registradas

DURACIÓN

La fecha de inicio de este proyecto será noviembre 2016 hasta diciembre del 2018.
. El cronograma que vamos a utilizar es:

- 1º Actualización de la lista de protocolos en los aparatos de RM, actualizando la nomenclatura
- 2º Creación de fichas técnicas, donde quedaran reflejados cada uno de los protocolos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE SISTEMA DE CALIDAD EN NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA ISO 9001 2015

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR SERAL MORAL
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO TOMAS TERESA
GOMEZ GIL ANGEL
SANCHO SERRANO YOLANDA
SANCHEZ RUBIO JOSE JAVIER
PEREZ DIAZ CELIA
BERNAL LAFUENTE ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Ha continuado la transición del sistema de gestión de calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001 2015
- Se han ejecutado los objetivos anuales.
- Todo el personal de la Sección participa en la recogida de incidencias y no conformidades.
- Se han realizado reuniones periódicas del grupo de calidad.
- Ha continuado la colaboración con otras secciones del Servicio (Sección de Radiología Mamaria y Pediatría) para el mantenimiento e implantación de la certificación respectivamente.
- Se ha actualizado el procedimiento de acogida en el formato PG-03_Z2(E)M_RX, en marzo de 2018.
- Se añadió en el procedimiento general de seguridad el PG-08_Z2(E)M_RX_NYCC de dispositivos implantables, en Febrero de 2018.
- Se presentó en el Congreso Nacional de la SERAM nuestro manejo de los pacientes con dispositivos implantables, para la realización de estudios RM de forma segura, en colaboración con un equipo multidisciplinar.
- Se han actualizado los pactos de citación y se recoge en el procedimiento IT-03_Z2(E)M_RX_NYCC
- Se ha implantado la ecografía de Troncos Supraórticos en la sección de Neurorradiología y Cara Cuello, realizándose los jueves por parte del personal facultativo de nuestra sección.
- Se ha realizado una encuesta de satisfacción para los clientes externos con buenos resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La Sección de Neurorradiología y Cara Cuello del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2017. Tras estos años el personal se ha concienciado paulatinamente sobre la política de calidad de la Sección y colabora activamente.

El grupo de mejora de la Sección funciona activamente con reuniones periódicas, colaborando en el seguimiento de indicadores, que desde 2017 se realiza de forma semestral.

La comunicación con los responsables de la implantación ISO de las Secciones de Radiología Mamaria y Pediatría ha sido dinámica y se han unificado procedimientos

Los cambios tecnológicos de la Sección, con la nueva actualización de la RM GE del edificio MF, han supuesto un cambio en el empleo de alguno de los protocolos empleados hasta el momento, y actualmente estamos en período de validación y consolidación de las nuevas secuencias.

Esto ha hecho que el grupo de mejora de los PTTs haya tenido que retomar los protocolos de RM que habían empezado a revisar hace un año.

Además la actualización tecnológica nos ha permitido nuevas líneas de trabajo con la participación de la Sección a nivel hospitalario en el estudio de RM fetal.

El análisis de incidencias y no conformidades ha conllevado una comunicación directa con los servicios peticionarios para consensuar la periodicidad de las exploraciones realizadas en la sección, que requieren control RM.

La actualización del procedimiento de formación ha permitido un análisis más exhaustivo de las necesidades formativas del personal y un transcurso más adecuado de las actividades previstas.

El proyecto de mejora del manejo de los pacientes con dispositivos RM está siendo de gran utilidad, permitiendo realizar un gran número de exploraciones que antes eran desestimadas.

La satisfacción de los pacientes con la atención recibida en la Sección continúa muy alta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE SISTEMA DE CALIDAD EN NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA ISO 9001 2015

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cambios tecnológicos de la Sección han conllevado mejoras en la infraestructura y nuevas líneas de trabajo.

La mejora continua hace que abramos nuevas puertas de trabajo y actuación con elaboración de nuevos protocolos y estudios RM, y ecográficos.

La existencia del grupo de mejora de calidad de la Sección facilita el correcto transcurso de los objetivos anuales y el análisis de incidencias y no conformidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/591 ===== ***

Nº de registro: 0591

Título
IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
SERAL MORAL PILAR, BERNAL LAFUENTE CELIA, BENITO TOMAS MARIA ESTHER, SANCHO SERRANO ANGEL ENRIQUE, GOMEZ GIL TERESA, IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Certificación ISO-9001
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Sector Zaragoza II, al que pertenece el Hospital Universitario Miguel Servet, y por tanto la Sección de Neurorradiología y Cara-Cuello de Radiodiagnóstico, tiene aprobado un plan estratégico 2014-2016, publicado en la Intranet, en el que se recogen la misión, visión y valores del sector. En la línea estratégica 2 se recoge el objetivo de extender la certificación ISO 9001. El Servicio de Radiodiagnóstico está comprometido con este plan, y en el 2016 ha conseguido la certificación ISO 9001 en la Sección de la Mama y el objetivo es conseguir la certificación de cada una de las secciones que componen el Servicio de manera paulatina.

La certificación ISO 9001 es una herramienta que proporciona una garantía de la calidad interna y externa. De forma que, conseguir su implantación en la sección de Neurorradiología y Cara-Cuello del Servicio de Radiodiagnóstico, es una oportunidad para:

- Mejorar la calidad de la Sección, así como su imagen y credibilidad
- Aumentar la satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos peticionarios
- Generar una cultura de mejora continua y aumentar el compromiso de los empleados en relación con la mejora de procesos

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es obtener la certificación ISO 9001. Conseguir la certificación ISO 9001, lleva implícito la mejora de los puntos del apartado anterior y además:
- Mejorar la gestión de los procesos, actividades y funciones, así como integrar mejor dichos procesos
- Implantar un registro de incidencias, para posteriormente analizarlas y corregirlas, y además nos permite proponer nuevos puntos de mejora, con el fin último de mejorar la atención y garantizar la seguridad de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE SISTEMA DE CALIDAD EN NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA ISO 9001 2015

MÉTODO

El proyecto de implementación de la normativa ISO 9001, se divide en tres etapas:

Fase de documentación

o Comienza con la formación del grupo de calidad. Una vez formado, establecer un diagnóstico previo, describir los procesos, redactar el manual de calidad y procedimientos y sensibilizar a todo el personal que presta sus servicios en la Sección.

o Para ello, se realizan reuniones semanales del grupo de calidad, y con menor periodicidad con el resto del personal de la sección

Fase de implantación

o Implantar el sistema

o Realizar la auditoría interna

o Revisión por la Dirección

Fase de consolidación

o Solicitar la Certificación a empresa acreditada

o Auditoría externa

o Plan de acciones correctoras

o Certificación

INDICADORES

Realizar la auditoría interna

Realizar la revisión por la Dirección

Realizar la auditoría externa

Implantación de las propuestas abordadas en la revisión por la Dirección, así como en las auditorías interna y externa

DURACIÓN

Fase de documentación: Enero 2017

Fase de implantación:

- Auditoría interna: Febrero-Marzo 2017

- Revisión por la Dirección: Abril-Mayo 2017

Fase de consolidación:

- Auditoría externa: Mayo-Junio 2017

Realización del plan de medidas correctoras, si procede.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SEVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR SERAL MORAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL LAFUENTE CELIA
BENITO TOMAS MARIA ESTHER
SANCHO SERRANO ANGEL ENRIQUE
GOMEZ GIL TERESA
IBÁÑEZ HERNANDEZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

FASE DE DOCUMENTACIÓN

- El 26 de mayo de 2016 se configura el grupo Normativa ISO de la Sección de Neurorradiología y Cara-Cuello. Estableciendo reuniones periódicas los jueves a las 14:00 junto con Marisa Vela (UCA)
- Desde mayo 2016 hasta noviembre 2016 se describen los procesos y procedimientos y se redacta el manual de calidad. Se da a conocer al resto del personal de la sección y se favorece su accesibilidad en todos los ordenadores a través de un dominio.

FASE DE IMPLANTACIÓN

- En Enero-Febrero de 2016 se lleva a cabo la implantación del nuevo sistema de calidad en la Sección
- El 27 de marzo 2017 se lleva a cabo la Auditoría Interna con resultado de 2 No conformidades y una observación. Se establecen las acciones correctivas con el objeto de corregir las deficiencias, incluyendo ambas en un único informe.
- En abril 2017 se realiza la Revisión del sistema por la Dirección. Como conclusión se establece un listado de necesidades tanto de mejora como de emprendimiento de acciones correctivas.

FASE DE CONSOLIDACIÓN

- En abril de 2017 se realiza la Auditoria Externa sin No conformidades. Se obtiene el certificado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Los indicadores del proyecto:
 - o Pasar con éxito la auditoría interna: Si
 - o Pasar con revisión por la dirección: Si
 - o Pasar finalmente la revisión externa: Si
 - o Obtención de la certificación ISO: Si En abril 2017
- La comunicación con los responsables de la certificación ISO de la sección de radiología mamaria ha sido óptima y la tendencia es a la unificación de procedimientos.
- La aceptación por parte del personal ha sido buena, con una concienciación paulatina del sistema.
 - o Entradas o registros abundantes en el libro de incidencias
 - o Asistencias muy concurridas a las sesiones de temas de gestión
 - o Formación de grupos de trabajo multidisciplinar para la revisión de procedimientos técnicos de trabajo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La obtención del certificado ISO 9001 supone una mejora en la calidad de la Sección, pudiendo detectar fallos del sistema a través del registro de incidencias, estableciendo las medidas correctivas oportunas, de forma que se mejora en la efectividad y seguridad de los usuarios y pacientes.
- La existencia del grupo de mejora ha facilitado una sistemática de trabajo de la sección dentro de un marco de calidad.
- Propagación a otras Secciones de la necesidad de alcanzar la certificación ISO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/591 ===== ***

Nº de registro: 0591

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SEVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Título
IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
SERAL MORAL PILAR, BERNAL LAFUENTE CELIA, BENITO TOMAS MARIA ESTHER, SANCHO SERRANO ANGEL ENRIQUE, GOMEZ GIL TERESA, IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Certificación ISO-9001
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Sector Zaragoza II, al que pertenece el Hospital Universitario Miguel Servet, y por tanto la Sección de Neurorradiología y Cara-Cuello de Radiodiagnóstico, tiene aprobado un plan estratégico 2014-2016, publicado en la Intranet, en el que se recogen la misión, visión y valores del sector. En la línea estratégica 2 se recoge el objetivo de extender la certificación ISO 9001.
El Servicio de Radiodiagnóstico está comprometido con este plan, y en el 2016 ha conseguido la certificación ISO 9001 en la Sección de la Mama y el objetivo es conseguir la certificación de cada una de las secciones que componen el Servicio de manera paulatina.

La certificación ISO 9001 es una herramienta que proporciona una garantía de la calidad interna y externa. De forma que, conseguir su implantación en la sección de Neurorradiología y Cara-Cuello del Servicio de Radiodiagnóstico, es una oportunidad para:
- Mejorar la calidad de la Sección, así como su imagen y credibilidad
- Aumentar la satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos peticionarios
- Generar una cultura de mejora continua y aumentar el compromiso de los empleados en relación con la mejora de procesos

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es obtener la certificación ISO 9001.
Conseguir la certificación ISO 9001, lleva implícito la mejora de los puntos del apartado anterior y además:
- Mejorar la gestión de los procesos, actividades y funciones, así como integrar mejor dichos procesos
- Implantar un registro de incidencias, para posteriormente analizarlas y corregirlas, y además nos permite proponer nuevos puntos de mejora, con el fin último de mejorar la atención y garantizar la seguridad de los pacientes.

MÉTODO
El proyecto de implementación de la normativa ISO 9001, se divide en tres etapas:
Fase de documentación
o Comienza con la formación del grupo de calidad. Una vez formado, establecer un diagnóstico previo, describir los procesos, redactar el manual de calidad y procedimientos y sensibilizar a todo el personal que presta sus servicios en la Sección.
o Para ello, se realizan reuniones semanales del grupo de calidad, y con menor periodicidad con el resto del personal de la sección
Fase de implantación
o Implantar el sistema
o Realizar la auditoría interna
o Revisión por la Dirección
Fase de consolidación
o Solicitar la Certificación a empresa acreditada
o Auditoría externa
o Plan de acciones correctoras
o Certificación

INDICADORES
Realizar la auditoría interna
Realizar la revisión por la Dirección
Realizar la auditoría externa
Implantación de las propuestas abordadas en la revisión por la Dirección, así como en las auditorías interna y externa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SEVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

DURACIÓN

Fase de documentación: Enero 2017

Fase de implantación:

- Auditoría interna: Febrero-Marzo 2017

- Revisión por la Dirección: Abril-Mayo 2017

Fase de consolidación:

- Auditoría externa: Mayo-Junio 2017

Realización del plan de medidas correctoras, si procede.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0917

1. TÍTULO

ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE JOAQUIN MARTIN CUARTERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA
MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL
VILLA VIÑAS DIASOL
GOMEZ GIL TERESA
LUCIENTES RAMIRO BEATRIZ
MELLADO SANTOS JOSE MARIA
BADESA PEÑA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado la herramienta informática basada en un documento Access para la notificación de las incidencias que ocurren en el Servicio de Radiodiagnóstico en el edificio Multifuncional del Hospital Universitario Miguel Servet.

La herramienta está ubicada en un disco duro virtual, con acceso desde los ordenadores del servicio.

Las fechas previstas se han cumplido de forma bastante aproximada, cumpliendo el objetivo de tener una versión inicial para su uso antes de finalizar el año 2017. A principios de noviembre se presentó a los miembros del servicio y se han estado recogiendo datos durante los últimos meses del año.

Durante las primeras semanas de uso se identificaron algunas deficiencias que se fueron subsanando conforme se detectaron.

Así mismo se ha realizado una encuesta durante el mes de diciembre para comprobar si el personal conocía la herramienta, conocer opiniones sobre la misma y recoger ideas y propuestas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este momento tenemos la herramienta en fase de prueba, en uso por el personal del servicio. Queda seguir comprobando su funcionamiento, detectar posibles errores o carencias que se puedan subsanar.

El standard que se persigue es tener una forma de notificar y recoger las incidencias, acorde a la legislación y al Programa de Garantía de Calidad del Servicio, normas ISO (implantadas en algunas secciones del Servicio) y las recomendaciones y tendencia de otros servicios y departamentos del Hospital que cuentan con herramientas similares.

Creemos que el impacto será beneficioso ya que permitirá conocer y recoger incidencias que hasta ahora no quedaban reflejadas de manera alguna.

Los indicadores usados son el número de registros clasificados por tipo de incidente, personal que lo notifica y lugar de la incidencia. Se recogerán periódicamente para su valoración y posterior realización de una evaluación-memoria global.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han realizado todas las actividades para la creación de la herramienta, que ha sido finalizado, al menos en una fase inicial, con posibilidad de modificación futura.

Queda pendiente su uso más general, ya que se ha detectado aún un uso limitado.

La sostenibilidad se basa en mantener operativa la herramienta (valorar posibles fallos, comprobar accesibilidad, etc) y tener persona o personas responsables de la revisión de incidencias, y posterior labor de buscar las soluciones a las mismas.

En caso de que se use el programa y se encuentre utilidad, se podría generalizar su uso a todo el Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/917 ===== ***

Nº de registro: 0917

Título
ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

Autores:
MARTIN CUARTERO JOAQUIN, ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA, MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL, VILLA VIÑAS DIASOL, GOMEZ GIL TERESA, LUCIENTES RAMIRO BEATRIZ, BULL SANZ SELINA, BADESA PEÑA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0917

1. TÍTULO

ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes de urgencias y traumatología
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad no existe un único registro en el servicio de Radiodiagnóstico, en el que queden recogidos los incidentes que ocurren durante el trabajo. Actualmente existen varios registros en formato papel para incidentes de tipo técnico, alergias al contraste y caída de pacientes. No existen ningún tipo de registro de otro tipo de incidentes como error al identificar a un paciente, al identificar la lateralidad de la exploración (por ejemplo rodilla derecha o izquierda), problemas con la calidad de las imágenes obtenidas (por mala técnica o por deficiencia de los aparatos), incidencias con otros medicamentos, catéteres, etc.
Se pretende pues registrar todos esos incidentes, y si es posible en un único registro.

RESULTADOS ESPERADOS

Tener un registro informático de todo tipo de incidentes que ocurran en el servicio de Radiodiagnóstico en relación a las exploraciones que en él se realizan.
Detectar los problemas e incidencias que ocurren durante la realización de los estudios, en cualquier fase del proceso radiológico con el fin de realizar el seguimiento de todos los efectos adversos que permitan realizar las correspondientes líneas de mejora.
Permitir un acceso sencillo al registro informático desde los ordenadores del servicio, así como su consulta por los responsables (Jefes de Servicio o Sección, Supervisoras), clasificación de incidentes, etc.

MÉTODO

El ámbito de implantación inicial sería el Servicio de Radiodiagnóstico del edificio multifuncional, en el contexto de la implantación del recientemente desarrollado Programa de Garantía de Calidad de dicho edificio. La metodología será:

- Reunión del grupo de mejora para abordar cuales deben ser las características de la herramienta, apartados a recoger, opciones, etc.
- Diseño de la herramienta informática (tipo excel o access)
- Implantación de la herramienta en un periodo de prueba
- Reuniones con el personal para explicar la herramienta, manejo...
- Evaluación tras ese periodo de prueba de número de registros, accesibilidad, deficiencias, utilidad, etc.
- Reunión y/o encuestas con el personal para valorar su opinión, posibilidad de mejora, etc.
- Realizar posibles modificaciones ante los problemas o sugerencias aportadas
- Instauración definitiva de la herramienta
- Valorar el nivel de implantación.

INDICADORES

Tras la instauración inicial en periodo de prueba de la herramienta informática, se evaluará el número de registros, accesibilidad, deficiencias, utilidad, etc.
Se estudiará el número de registros, correcta cumplimentación de los campos, etc.
Se valorará mediante reuniones y/o encuestas con el personal su opinión, posibilidad de mejora, sugerencias, etc.
Todo ello previo a la instauración definitiva de la herramienta.

DURACIÓN

La fecha de inicio de este proyecto será noviembre de 2016 hasta noviembre de 2018.
El cronograma previsto es:

- Formación del grupo de trabajo y definición de competencias: 1 mes
- Diseño de la herramienta informática: 3 meses
- Implantación de la herramienta en periodo de prueba: 6 meses
- Evaluación del periodo de prueba e introducción de mejoras: 5 meses
- Validación de la herramienta e implantación definitiva: 8 meses
- Evaluación global de resultados: 1 mes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0917

1. TÍTULO

ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0913

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ALMUDENA GANDIA MARTINEZ
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades:

*Febrero 2017

1.- Recopilación de los procedimientos diagnósticos del Servicio de MN con la descripción de radiofármacos y dosis empleados

2.- Establecimiento de la sistemática para la determinación de las dosis efectivas: parámetros de entrada necesarios para el cálculo

*Marzo 2017

1.- Cómo abordar los pacientes pediátricos: cálculo por grupos de peso más que por grupo de edad

2.- Correspondencia entre peso y dosis efectiva. Interpolación para todos los pesos hasta 57 kg

*Mayo 2017

1.- pacientes con TAC: parámetros de entrada para cálculo de dosis efectiva. Necesidad de registrar manualmente el DLP que da el equipo para cada exploración

*Junio 2017

1.- completada la tabla de dosis efectivas en TAC para adultos y niños

2.- Se entrega todo a Pablo Bailo del Servicio de Informática para su inclusión en HPDoctor

3.- Se instala en un HPDoctor de prueba y se difunde al resto de facultativos del SMN para que inicien su uso

*Julio, Agosto y Septiembre

1.- En prueba

*Finales de Septiembre

1.- Circular informativa de jefa del SMN al resto de Jefes de Servicio sobre la inclusión en los informes clínicos del SMN de las dosis efectivas de los pacientes atendidos en el SMN

2.- Instalación por parte de informática del cálculo en HPDoctor

*Octubre

1.- Los informes emitidos por los facultativos del SMN incluyen datos de dosis efectiva recibida por los pacientes atendidos en dicho Servicio

*Octubre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se da cumplimiento a la Directiva europea 2013/59/EURATOM, en la que se establece la necesidad de que los países miembros registren y notifiquen las dosis efectivas recibidas por los pacientes, en lo que respecta a aquellos que han sido atendidos en el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Miguel Servet.

La información se realiza de manera automatizada y se incluye en el Informe Médico emitido desde este Servicio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En alguna de las exploraciones pediátricas, ha sido necesario completar la tabla de pesos ampliándola por abajo y por arriba.

La llegada de nuevo equipamiento para 2018 hace que tengamos que estar pendientes de revisar los cálculos.

Con la unificación de los Servicios de Medicina Nuclear de los grandes hospitales de Aragón se sugiere la implantación de esta metodología también para los pacientes atendidos en el Hospital Clínico.

7. OBSERVACIONES.

Siendo un requisito legal el hecho de que haya que informar de dosis efectivas recibidas por los pacientes a los que se les aplican radiaciones ionizantes, hemos echado de menos el apoyo institucional para llevar a cabo dicho objetivo.

Queda pendiente el cálculo de dosis efectivas en pacientes de los Servicios de Radiodiagnóstico. Sabemos que se han mantenido contactos con algunos proveedores de programas informáticos que son capaces de extraer esta información de forma automatizada, pero hasta la fecha, no hay ninguna decisión tomada.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/913 ===== ***

Nº de registro: 0913

Título
SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0913

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Autores:

GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, DE LA CUEVA BARRAO LETICIA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Física y Protección Radiológica del Hospital Universitario Miguel Servet cuenta con la Acreditación ISO 9001:2008 para el área de la dosimetría clínica desde el año 2012. Distinguimos procedimientos para los tres servicios implicados directamente con el uso de radiaciones ionizantes: Radioterapia, Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear.

En concreto, la estimación de dosis impartida a pacientes del Servicio de Medicina Nuclear se viene realizando bajo demanda, en aquellos casos en que el Médico Especialista considera de especial interés disponer de dicha información.

La Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo Europeo, que regula las normas de seguridad básicas para la protección frente al riesgo derivado de la exposición a radiaciones ionizantes, establece en su artículo 58 que la información relativa a la exposición del paciente sea parte del informe del procedimiento médico-radiológico. Esto implica que la información de la dosis absorbida ha de estar disponible para cualquiera de los procedimientos que se realizan en el Servicio de Medicina Nuclear.

En este sentido, el Servicio de Física y Protección Radiológica se va a encargar de buscar las herramientas para el cálculo de la dosis efectiva a partir de la información del radiofármaco y actividad administrada, para las exploraciones diagnósticas habituales. Estos valores los pone a disposición del Servicio de Medicina Nuclear para su gestión posterior.

RESULTADOS ESPERADOS

Seguridad de pacientes. Cumplimiento de los objetivos de la Directiva Europea EURATOM 2013/59 relativos a la información de la dosis efectiva en los procedimientos de medicina nuclear que sirva de orientación a los médicos prescriptores y mejorar los niveles de seguridad clínica facilitando al paciente su derecho a la información.

MÉTODO

- Recopilación de los procedimientos diagnósticos del Servicio de Medicina Nuclear con la descripción de radiofármacos y dosis empleados
- Revisión bibliográfica de los métodos de cálculo de dosis efectiva en exploraciones de MN
- Establecer junto con el Servicio de Medicina Nuclear la sistemática para la determinación de las dosis efectivas: parámetros de entrada necesarios para el cálculo
- Analizar con Siemens las herramientas de exportación de valores de dosis de TC
- Facilitar la implementación

INDICADORES

- Porcentaje de procedimientos diagnósticos identificados - Nivel 100%
- Establecimiento con MN de la sistemática más conveniente - Nivel SI
- Incorporación de las dosis debidas a las exploraciones con TC Siemens - Nivel SI
- Porcentaje de pacientes atendidos en MN que disponen de registro de dosis en el mes de diciembre - Nivel 75%

DURACIÓN

El calendario viene marcado por el proyecto que en este mismo sentido desarrolla el Servicio de Medicina Nuclear. Para poder iniciar las pruebas de introducir valores de dosis en HpDoctor en junio de 2017, es necesario que el Servicio de Física tenga disponibles dichos valores. El calendario será:

Tabla de procedimientos y parámetros de entrada - febrero 17

Decisión de método de cálculo y desarrollo - abril 17

Tabla de dosis absorbidas a disposición del Servicio de Medicina Nuclear - junio 17

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0913

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1271

1. TÍTULO

MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIAFISICA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO FONT GOMEZ
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES REDONDO MERCEDES
LOZARES CORDERO SERGIO
JIMENEZ ALBERICIO JAVIER
VILLA GAZULLA DAVID
YANGUAS GARRIDO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACIÓN DE VARIOS CURSOS DE ACTUALIZACIÓN EN DISTINTOS ASPECTOS DE LA CALIDAD
ASISTENCIA A FORMACIÓN EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SANIDAD CON RELACIÓN A LA REALIZACION Y SEGUIMIENTO DE MATRICES DE RISO EN RADIOTERAPIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE REVISAN Y ACTUALIZAN LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO RELATIVOS A LA DOSIMETRÍA CLÍNICA EN RT EXTERNA, QUE FUERON ELABORADOS EN 2012.
SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS NUEVOS DE PLANIFICACIÓN EN TÉCNICAS NUEVAS: PLANIFICACIONES CON SPT MONACO, PLANIFICACIONES EN X10 PARA ONCOR, PLANIFICACIÓN EN BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA CON NUEVO PROVEEDOR Y SPT BRACHYVISION, PLANIFICACIÓN EN BRAQUITERAPIA ELECTRÓNICA.
SE INCLUYEN VARIOS PROCEDIMIENTOS DE DOSIMETRÍA FÍSICA EN EL SISTEMA ISO DÁNDOLES LA PRESENTACIÓN ADECUADA, LA CODIFICACIÓN Y CREANDO FORMATOS DE RECOGIDA DE DATOS CON ENCABEZAMIENTOS SEGÚN ISO. SE INCLUYEN: GAMMACÁMARAS, SONDAS RADIOQUIRÚRGICAS, ACTIVÍMETRO Y CONTADOR DE POZO DE MEDICINA NUCLEAR, DOSIMETRÍA FÍSICA EN BRAQUITERAPIA (eBx Y SEMILLAS), Y SISTEMAS DE PLANIFICACIÓN ONCENTRA ASÍ COMO EQUIPAMIENTO AUXILIAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN ISO CONLLEVA UN GRAN ESFUERZO DE REVISIÓN Y ELABORACION DE DOCUMENTACIÓN, MÁS EN SERVICIOS COMO EL DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA QUE SE ENCUENTRA EN ACTUALIZACIÓN CASI PERMANENTEMENTE. PARA PODER TENER ACTUALIZADOS Y ELABORADOS LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO ES NECESARIO SIEMPRE HAYA ALGUIEN TRABAJANDO A ESTE RESPECTO. LA CARGA DE TRABAJO ASISTENCIAL HACE QUE ESTO NO SIEMPRE SEA POSIBLE.
HEMOS OBSERVADO QUE ES CONVENIENTE ESCRIBIR LOS PROCEDIMIENTOS RELATIVOS A NUEVAS TÉCNICAS O ACCIONES UNA VEZ ESTÉN EN MARCHA Y SE HAYA DETERMINADO LA MEJOR FORMA DE TRABAJAR, YA QUE SE HA COMPROBADO QUE AL INICIAR UN PROCEDIMIENTO DE TRABAJO NUEVO, ES NECESARIO QUE PASE UN TIEMPO ANTES DE DAR POR DEFINITIVA LA MEJOR FORMA DE PROCEDER.

7. OBSERVACIONES.
A LOS LARGO DEL 2017 SE HA IMPUESTO LA NECESIDAD DE ADAPTAR LAS ACREDITACIONES ISO A LA NORMA ISO 2015.
SE HA ELABORADO EL PROCEDIMIENTO CORRESPONDIENTE (PG-07_Z2(E)M_FPR Gestión del riesgo SFPR). DICHA ACTIVIDAD NO SE CONTEMPLABA EN EL MOMENTO DE INICIAR ESTE PROYECTO. SE TRATARÍA DE UN RESULTADO ALCANZADO SIN QUE SE HUBIERA PREVISTO INICIALMENTE
ESTE PROYECTO DEBE CONTINUAR EN EL PRÓXIMO AÑO, PUES ESTÁ PREVISTO INICIAR TAREAS NUEVAS QUE REQUERIRÁN LA ELABORACIÓN DE MAS PROCEDIMIENTOS. SE TENDRÁ QUE CONTINUAR CON LA AMPLIACIÓN A DOSIMETRÍA FÍSICA, Y LA ADAPTACIÓN A LA ISO 2015

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1271 ===== ***

Nº de registro: 1271

Título
MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIA FISICA

Autores:
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, ANDRES REDONDO MERCEDES, LOZARES CORDERO SERGIO, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, VILLA GAZULLA DAVID, YANGUAS GARRIDO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1271

1. TÍTULO

MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIAFISICA

Otro Tipo Patología: TODAS
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

NECESIDAD DE SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN ISO REFLEJADA EN EL CONTRATO DE GESTIÓN DE NUESTRO SERVICIO

RESULTADOS ESPERADOS

MANTENIMIENTO DE CERTIFICACIÓN EN EL PROCESO DE DOSIMETRÍA CLÍNICA. AMPLIACIÓN DEL ALCANCE A DOSIMETRÍA FÍSICA

MÉTODO

REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y FORMATOS EXISTENTES EN DOSIMETRÍA CLÍNICA.
DAR FORMATO ISO A LOS PROCEDIMIENTOS EN USO RELATIVOS A DOSIMETRÍA FÍSICA Y FORMATOS A LAS HOJAS DE RECOGIDA DE RESULTADOS
CREACIÓN DE NUEVOS PROCEDIMIENTOS Y FORMATOS QUE PUEDAN FALTAR RELATIVOS A DOSIMETRÍA FÍSICA

INDICADORES

TENER LA DOCUMENTACIÓN NIVEL: SI/NO
IMPLEMENTAR EN DOSIMETRÍA FÍSICA NIVEL: SI/NO

DURACIÓN

AÑO 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0169

1. TÍTULO

IMPLANTACION METODO EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN PACIENTE PLANTA NEUROREHABILITACION. FORMACION PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

Fecha de entrada: 23/04/2018

2. RESPONSABLE PILAR RUEDA GORMEDINO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA
PINILLA VELA ANA
VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación del personal de enfermería de la planta de Neurorehabilitacion, del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, mediante taller teórico-práctico, en la evaluación y screening de la disfagia orofaríngea en el paciente con daño cerebral adquirido mediante la prueba instrumental del método de evaluación clínica volumen-viscosidad (MECV-V).

Dicha formación del personal sanitario se ha retrasado con respecto al calendario inicial por cambios en la plantilla que aconsejaban esperar a personal más estable en la planta.

Se realizó una parte teórica con la descripción del método y una práctica en la que los sanitarios pudieron realizar el test con las diferentes texturas de alimentos que se utilizan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido la formación del personal sanitario de la planta de Neurorehabilitación en el método de evaluación clínica de la disfagia volumen-viscosidad (MECV-V) que es un test que ha demostrado su utilidad en la identificación precoz de los pacientes con riesgo de padecer disfagia orofaríngea.

Se pone en marcha su realización de forma rutinaria a todo paciente en el que se detecte la posibilidad de presentar un trastorno de deglución. Y que permite la adopción de las medidas dietéticas y rehabilitadoras necesarias en función de los resultados y evolución del paciente.

Como indicadores:

% de personal sanitario formado en el método 90%

La reciente implantación no permite evaluar adecuadamente otros indicadores como porcentaje de MECV-V practicados según el registro y porcentaje de medidas dietéticas/ rehabilitadoras derivadas de su implementación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este proyecto se ha conseguido que el personal sanitario de la planta de Neurorehabilitación realice el MECV-V a los pacientes con sospecha de trastorno de deglución.

Se lleva a cabo un registro impreso en cada prueba, incluyéndolo en la historia clínica del paciente, junto con las recomendaciones dietéticas que de ello se deriven. Este papel impreso permite llevar un seguimiento exhaustivo del programa de mejora.

La evaluación se puede hacer en la cabecera de la cama, ambulatorio y cuantas veces sea necesario.

Sirve también como criterio de selección para aquellos pacientes que deben ser estudiados con otros métodos más invasivos como la videofluoroscopia(VDF).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/169 ===== ***

Nº de registro: 0169

Título

IMPLANTACION DEL METODO DE EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.FORMACION DEL PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0169

1. TÍTULO

IMPLANTACION METODO EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN PACIENTE PLANTA NEUROREHABILITACION. FORMACION PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

Autores:
RUEDA GORMEDINO PILAR, JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA, PINILLA VELA ANA, VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Se define como trastornos deglutorios o disfagia orofaríngea a la incapacidad para poder deglutir alimentos sólidos o líquidos. Está presente entre el 30 % al 50% de pacientes con daño cerebral adquirido, ya sea por diferentes causas (vasculares, traumáticas, tumorales..). Las consecuencias pueden llegar a afectar gravemente la salud del paciente ocasionándole: desnutrición, deshidratación y problemas respiratorios de repetición o enfermedades pulmonares crónicas, debido a aspiraciones por atragantamiento con las comidas o los líquidos, llegando incluso a la muerte del paciente. Por otro lado la recuperación del paciente puede ser más lenta lo que repercute a su vez en estancias hospitalarias largas y costosas debido a los cuidados que requieren las complicaciones médicas que pueden manifestarse.
La detección precoz es fundamental.

RESULTADOS ESPERADOS

- Formar al personal de enfermería en la evaluación y screening de la disfagia orofaríngea en el paciente con daño cerebral adquirido mediante la prueba instrumental del método de evaluación clínica volumen-viscosidad (MECV-V).
- Detección precoz de las alteraciones de la deglución en estos pacientes.
- Adopción de las medidas dietéticas y rehabilitadoras necesarias en función de los resultados y evolución del paciente.

MÉTODO

-El método de evaluación clínica de la disfagia volumen-viscosidad (MECV-V) es un test que ha demostrado su utilidad en la identificación precoz de los pacientes con riesgo de padecer disfagia orofaríngea.

Consiste en la administración de tres bolos de viscosidades y volúmenes diferentes y detecta, de una manera segura, los principales signos clínicos que indican la existencia de un trastorno de la deglución. Se puede hacer en la cabecera de la cama, ambulatorio y cuantas veces sea necesario. Sirve también como criterio de selección para aquellos pacientes que deben ser estudiados con otros métodos más invasivos como la videofluoroscopia (VDF).

- Se espera que tras la correspondiente formación del personal de enfermería sobre la evaluación y screening de la disfagia éste se realice de forma rutinaria a todo paciente en el que se detecte la posibilidad de padecer un trastorno de deglución.

-Ante cualquier duda se consultara con la Unidad de Disfagia del Servicio.

INDICADORES

Para la evaluación se rellenara un registro impreso en cada prueba que se realice, incluyéndolo en la historia clínica del paciente, junto con las recomendaciones dietéticas que de ello se deriven. Este papel impreso permite llevar un seguimiento exhaustivo del programa de mejora.

Como indicadores se puede evaluar:

- % de personal sanitario formado en el método
- % de MECV-V practicados según el registro
- % de medidas dietéticas/ rehabilitadoras derivadas de ello.

DURACIÓN

El periodo de formación del personal sanitario se realizará mediante talleres entre los meses de enero-marzo de 2017 y a partir de esa fecha se llevará a cabo en todos aquellos pacientes que puedan presentar patología en el mecanismo de la deglución.

OBSERVACIONES

Se hará una correlación entre los resultados obtenidos en el MECV-V y la evaluación instrumental de la disfagia por medio de la videofluoroscopia de la deglución, en aquellos pacientes que lo precisen.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0169

1. TÍTULO

IMPLANTACION METODO EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN PACIENTE PLANTA NEUROREHABILITACION. FORMACION PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0337

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

Fecha de entrada: 12/03/2018

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.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Aplicación de la técnica intervencionista ecoguiada, lavado aspiración percutánea, en tendinopatías calcificantes de hombro que han cumplido criterios de inclusión: dolor, limitación funcional y visualización de la calcificación mediante Rx simple.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

n=8.
87,5% mujeres y 12,5% hombres.
100% TC en lado dominante (derecho).
85,7% en situación laboral activo.
Edad (M±2DS): 44,63 ± 16,34 años.
Tipo de calcificación (Gärtner): III (50%), II (37,5%) y I (12,5%)

Se logró realizar la evacuación en el 100 por 100 de los casos, se mejoró en cuanto a dolor y funcionalidad con un nivel estadísticamente significativo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pretendemos ampliar la muestra.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/337 ===== ***

Nº de registro: 0337

Título
IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

Autores:
SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR, MAYAYO SINUES ESTEBAN, GARCIA GALAN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad por depósitos de cristales de hidroxapatita es una enfermedad sistémica, de etiología desconocida, causada por depósitos de hidroxapatita periarticulares y/o intraarticulares. La enfermedad se manifiesta clínicamente por dolor localizado, hinchazón y sensibilidad de la articulación afectada, junto con la limitación de la movilidad articular. Existe controversia sobre su tratamiento, existiendo distintos abordajes terapéuticos con resultados variables (1). Este trastorno es frecuente en personas entre 30 y 60 años de edad, en mujeres y en trabajadores que realizan labores sedentarias. Radiológicamente, en adultos asintomáticos, la calcificación se encuentra entre un 7,5 - 20%, y en pacientes con dolor de hombro en el 6,8%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0337

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

En el momento del diagnóstico, los pacientes pueden estar asintomáticos (un tercio de los casos), y se descubre casualmente por una radiografía. Debido a que la tendinopatía calcificada es una enfermedad autolimitada, el tratamiento de elección debe ser eficaz, libre de complicaciones, y mínimamente invasivo. Si la enfermedad es asintomática no precisa tratamiento, si bien la mayoría de los pacientes sí lo requieren debido al dolor severo que padecen. En estos casos, el tratamiento es conservador, e implica el uso de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, terapia física, iontoforesis con ácido acético, tratamiento con ultrasonidos, e incluso las inyecciones de cortisona subacromial. Estos tratamientos sólo proporcionan un alivio temporal y no están libres de complicaciones (2).

La aspiración percutánea guiada por ultrasonidos es eficaz a corto y a largo plazo, con resultados similares o mejores que los conseguidos con otras técnicas. Con esta técnica el 91% de los hombros habían mejorado sustancialmente o completamente, el 64% tenían un movimiento perfecto y las calcificaciones se habían resuelto o casi resuelto en el 89%(3). Resultados similares al de la cirugía artroscópica (4).

Bibliografía:

1. Hamada J, Ono W, Tamai K, Saotome K, Hoshino T. Analysis of calcium deposits in calcific periarthritis. *J Rheumatol.* 2001 Apr;28(4):809-13
2. Leduc BE, Caya J, Tremblay S, Bureau NJ, Dumont M. Treatment of calcifying tendinitis of the shoulder by acetic acid iontophoresis: a double-blind randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 Oct;84(10):1523-7.
3. Serafini G, Sconfienza LM, Lacelli F, Silvestri E, Aliprandi A, Sardanelli F. Rotator cuff calcific tendinitis: short-term and 10-year outcomes after twoneedle us-guided percutaneous treatment--nonrandomized controlled trial. *Radiology.* 2009 Jul;252(1):157-64.
4. Barrera Cadenas JL, Campa Rodríguez A, Vallina García-Prendes V. Resultados del tratamiento artroscópico de las tendinitis calcificantes del manguito de los rotadores del hombro. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.* 2010;54(2):100-5

RESULTADOS ESPERADOS

- Evaluar la efectividad y la respuesta al tratamiento a corto plazo (3 meses), en pacientes sintomáticos
- Comparar la efectividad y la respuesta al tratamiento, entre pacientes que se logró aspirar la calcificación, y los pacientes que se fragmentó la calcificación

MÉTODO

Para ello se realizarán las siguientes acciones:

- A los pacientes incluidos en el estudio, se les hace una historia clínica, en la que se hace constar los datos de filiación, anamnesis, exploración física del hombro y pruebas complementarias
- El deterioro del hombro se valorará con el cuestionario de Oxford y la puntuación de Constant
- La forma del acromion, según la clasificación de Bigliani y Morrison, se valorará con radiografía del desfiladero subacromial
- Se identificarán las calcificaciones, y se registrarán su número, tamaño, ubicación, disposición y densidad, tanto en el estudio radiológico y ecográfico
- Se procederá a realizar la técnica previa información al paciente y firma del consentimiento informado

INDICADORES

En la primera revisión, al mes del tratamiento, se realizó el cuestionario de Constant y de Oxford, y un control ecográfico y radiológico para valorar el estado de las calcificaciones. Si en este control, algún paciente presentara alguna calcificación densa, se realiza un segundo tratamiento. A los 3 meses del tratamiento inicial, se cita a los pacientes para una evaluación final. Se cumplimenta un test de Constant y un cuestionario de Oxford, y se realiza un estudio ecográfico y radiológico, para comprobar el estado de las calcificaciones, registrando si había algún cambio en la ecogenicidad, en el tamaño, en su número y si éstas persisten.

- Número de pacientes a los que se les ha realizado la técnica
- Número de Rx y Ecografías que muestran la desaparición y/o cambio en la imagen tras la aplicación de la técnica en el primer y tercer mes
- Valoración funcional del hombro mediante la escala Constant y Oxford

DURACIÓN

Septiembre 2016-junio 2017: selección de pacientes

Octubre 2016-junio 2017: aplicación de la técnica

Noviembre 2016-Mayo 2017: recogida de datos

Enero-Febrero 2017: sesión clínica

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0337

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 13/03/2019

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
 HIDALGO MENDIA BEGOÑA
 MARTITEGUI JIMENEZ ELENA
 DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO
 TERRER PEREZ ISABEL
 CERCADILLO ISLA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El equipo ISO está formado por ocho personas (médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales). Los objetivos se enmarcan en función de los indicadores de los procedimientos operativos. El mantenimiento del sistema ISO se ha incluido en años anteriores en el acuerdo de gestión clínica del Servicio de Rehabilitación con el Hospital. Las actividades realizadas fueron:

- 1.- Ordenar y completar la documentación en (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsables: Ricardo Jariod. Elena Martitegui. Begoña Hidalgo.
- 2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora y objetivos. Responsables: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
- 3.- Creación de procedimientos de gestión de riesgo y comunicación. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer. Mercedes Ferrando.
- 4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo. Elena Cercadillo.
- 5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
- 6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
- 7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores	estandar	objetivo	1º TR	2ºTR	3ºTR	4º TR
1.- Satisfacción Global RHB - NEUROLÓGICA-	>8	>8	x9,38	x	9,58	
2.- HOSP. Ocupación camas >60%	>60%	45,46	61,38	52,18	60,67	
3.- RHB-CEX Índice de sucesivas/primeras <14<14		10,45	8,41	5,35	6,28	
4.- TERAPIAS. Tiempo diario de terapias	>3	>2	x	x	x	x
5.- RHB POSTGRADO: entrevista formalizada>90	>90	100	100	100	100	100
6.- RHB FORMACION CONTINUADA: Existencia de planSi		Si	si	si	no	SI
7.- PREGRADO: encuesta de satisfacción >8 >8 x		8,7	x	9,225		
8.- RHB Neur. HOSPITALIZACION. Resultado: >0,75>0,5		1,03 1,07	0,99	0,94		

para la obtención del indicador lse utilizó la encuesta de satisfacción propia. El resto de indicadores manan del cuadro de mandos y de archivos de datos excel propias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

objetivo 1. Mejorar el NPR del fallo: contagio agentes patógenos/Aislamiento. Resultados: Se realizaron acciones formativas a planta/área terapias por el servicio de medicina preventiva -control con firmas- No se han elaborado los trípticos. Pendiente para 2019.

Objetivo 2. Conseguir correcta adhesión del paciente al tratamiento rehabilitador pautado, empoderando al mismo, haciéndole copartícipe de su evolución a través de objetivos AVD semanales pactados con terapeutas y enfermería/TCAE.

Resultados: Media inferior a objetivo de 90%. Interferencia de los periodos vacacionales con nuevo personal. También puede ser que se registrara información antes de la primera entrega en jueves. O pacientes que por error se les pidiera la hoja semanal y no fueran pacientes de RHB nerurológica. Algunas semanas no se realizaron reuniones semanales TO/ENF por lo que no hubo documentación a entregar a pacientes de nuevo ingreso. Sólo la disponían pacientes de ingreso antiguo y no estaba actualizada. Reconsiderar la sistemática de captura del dato para 2019, al no llegar al objetivo del 90.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/343 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Nº de registro: 0343

Título
CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA -ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
JARIOD GAUDES RICARDO, HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL, MARTITEGUI JIMENEZ ELENA, DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO, FERRANDO MARGELI MERCEDES, TERRER PEREZ ISABEL, CERCADILLO ISLA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Lesionados Medulares -ULME- y la Unidad de Daño Cerebral Adquirido -UDCA- forman parte de la Sección de Rehabilitación neurológica del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Miguel Servet y llevan en funcionamiento más de 40 años. Durante estos años se ha venido colaborando con otros Servicios (Neurología, Neurocirugía,...) y con Atención Primaria, mediante protocolos o coordinando procesos. Todos estos años ha funcionado un grupo de mejora de Calidad en el Servicio de Rehabilitación que ha trabajado en diferentes líneas (revisando procedimientos, consentimientos, protocolos, etc...) entre ellos los que afectan a lesión medular y a daño cerebral adquirido -ictus-. En Noviembre de 2014 se crea un grupo impulsor de la certificación ISO:9001 en ULME, previsto conseguirla en diciembre de 2016. A su vez, en Septiembre de 2016 se acuerda incluir en dicho equipo a profesionales sanitarios que trabajan en daño cerebral para ampliar en 2017 dicha certificación a otras áreas de la Rehabilitación Neurológica.

RESULTADOS ESPERADOS
La certificación ISO supone un gran esfuerzo de documentación y sistematización de las actividades diarias en ambas unidades ULME y UDCA, y obliga a reevaluar nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores de funcionamiento, permitiendo así transformarlos en oportunidades de mejora

MÉTODO
. El equipo ISO está formado por ocho personas (médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales) y unos objetivos marcados en función de los indicadores de los procedimientos operativos. Se ha incluido dentro del contrato programa del hospital con el Servicio de Rehabilitación, el mantenimiento del sistema ISO. De las tres fases (documentación, implantación, acreditación-certificación) queda pendiente sólo la última en ULME y se está en la primera -documentación- en UDCA-. Las actividades a desarrollar serán:
1.- Ordenar y completar la documentación en UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod.
2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora. Responsable: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área en UDCA. Responsable Ricardo Jariod. José Ignacio de Miguel.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo.
6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.

INDICADORES
Cada una de las siete fases antes descritas se puede evaluar respondiendo a la pregunta conseguido si/no en ULME y en UDCA

DURACIÓN
Según el calendario propuesto la certificación en ULME se espera antes de Diciembre de 2016 y en UDCA antes de diciembre de 2017.

OBSERVACIONES
Certificación ISO 9001.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 22/01/2018

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.
 HIDALGO MENDIA BEGOÑA
 MARTITEGUI JIMENEZ ELENA
 DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO
 FERRANDO MARGELI MERCEDES
 TERRER PEREZ ISABEL
 CERCADILLO ISLA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Ordenar y completar la documentación en ULME y UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod. Marzo 2017. Recursos propios.
 - 2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora. Responsable: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando. trimestrales en reuniones de equipo. Acta trimestral
 - 3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área en UDCA. Responsable Ricardo Jariod. José Ignacio de Miguel. Marzo 2017. Recursos propios.
 - 4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME y UDCA: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
 - 5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo. Diciembre de 2016 Recursos propios.
 - 6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer. trimestral. recursos propios.
 - 7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
- Al final de todo ello se consiguió la certificación ISO:9001/2008 año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EL PROYECTO permite secuenciar mediante indicadores los procedimientos operativos clave de Neurorehabilitación.

INDICADORES 2017:

estandar/ objetivo/	1º TR/	2ºTR/	3ºTR/	4º TR
1.- Satisfacción Global en Neurorehabilitación/ULME	>8	x	9,2	X
2.- RHB- NEUR. HOSPITALIZACION. Ocupación de camas	>60%	77,02	48,5	53,8
3.- RHB-CEX RHB NEUR. Indice de sucesivas/primeras	<14	<14	10,6	11,3
4.- RHB- NEUR- TERAPIAS. Tiempo diario de terapia	>3	>2	0,76	0,835
5.- RHB POSTGRADO: entrevista trimestral formalizada	>90	>90	100	100
6.- RHB FORMACION CONTINUADA: Existencia de plan	Si	si	SI	SI
7.- RHB PREGRADO: encuesta de satisfacción estudiantes	>8 sobre 10	>8 sobre 10	9,4	9,5
8.- RHB Neur. HOSPITALIZACION. Resultado:	>0,75	>0,5	0,89	0,98

OBJETIVOS 2017

1. ESCUELA DE FAMILIARES EN PACIENTES CON ICTUS

Pacientes y Familiares o cuidadores formados: n>22. (>15% sobre altas de 2017). Muestreo n=6.

RESULTADOS SOBRE 10

Duración: 7.66

Condiciones ambientales: 9.33

Orientación a sus problemas: 9

Confianza del personal: 9.33

Amabilidad del personal: 9.66

Satisfacción por realización EF: 9

Utilidad para: solucionar problemas posibles en casa, aprender movimientos y poder practicarlos más tiempo en el día a día, poder ver la realidad a la que enfrentarse

Dificultades al llegar a casa: enfrentarse a las tareas diarias y cotidianas

2. ELIMINACION DE FICHA DE PAPEL E INICIO DE PLAN DE REHABILITACION ELECTRONICO

Nº pacientes en Registros RHB en historia clínica electrónica a 31/12/2017:

-pendientes de terapia: 1051

-pacientes en tratamiento: 872

-pendientes de revisión médica: 37

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

INCIDENCIAS: En el ejercicio 2016 se declararon 54 incidencias relacionadas con ULME. El total de no conformidades en 2016 fue de 8, habiéndose cerrado 4 de ellas, permaneciendo abiertas otras cuatro. A estas hay que añadir las nuevas 3 No conformidades abiertas a raíz de la auditoría interna de marzo de 2017.

NO CONFORMIDADES. En el análisis de no conformidades 2016 y 2017 destacan:

- las asociadas a farmacoterapia (problemas de control de temperatura de nevera y de control de estupefacientes).
- las asociadas a los problemas de coordinación terapias/planta y del uso de la sala de terapias en el turno de tarde.
- las relacionadas con el personal: plan formativo y capacitación.

Indicadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La progresiva convergencia en documentación y procedimientos de la ULME y UDCA con el resto del Servicio de Rehabilitación intenta disminuir los fallos de coordinación interna declarados como primera causa de incidencias. La rigidez del sistema en recursos humanos y materiales limita la implantación de cambios en los procesos operativos ULME y UDCA. Toda la información está registrada en las consiguientes REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN de los años 2016 y 2017.

7. OBSERVACIONES.

RECOMENDACIONES Y ACCIONES DE MEJORA NECESARIOS PARA LA MEJORA DEL PRODUCTO (NECESIDADES DE RECURSOS EN RHB NEUROLÓGICA ULME Y UDCA):

1. Creación de un procedimiento operativo "HOSPITAL DE DÍA" para realizar allí acciones ahora realizadas en CEX-ULME, que se ajustarían más al perfil de enfermería de hospitalización que al de CEX. Implica modificaciones arquitectónicas de poco calado -suprimir un tabique- asumible con recursos propios actuales del hospital, flexibilización en recursos humanos y dotación de equipamiento -plan inversiones 2017.-
2. Creación de un PLAN DE TELE-REHABILITACIÓN asociado a la apertura de HOSPITAL DE DÍA, para el seguimiento por parte de enfermería del plan de cuidados de pacientes en colaboración con atención primaria (ejemplo: foto de úlceras por presión en evolución, etc) Objetivo: seguridad del paciente, mejorar accesibilidad -desplazamientos de pacientes etc...-
3. Creación de DESPACHO MÉDICO RHB NEUROLÓGICA: Ampliación de la actual sala de trabajo despacho ULME - avanzar un tabique- para integrar allí a los médicos del actual despacho UDCA. Objetivo: facilitar intercambio de información en pacientes de rehabilitación neurológica.
4. Reubicación actual SALA DE CEX ULME a actual despacho UDCA. Sólo precisa reinstalación de grúa de techo y tomas de oxígeno/aspiración desde habitación contigua y traslado de armarios y equipos informáticos. Objetivo: evitar la espera en pasillo de pacientes para CEXULME.
5. Reutilizar la actual sala CEX ULME como despacho de información a pacientes y familiares. Objetivo: Seguridad/confidencialidad del paciente.
6. AMPLIACIÓN DEL ÁREA DE TERAPIAS en la planta RHB NEUROLÓGICA -segunda fase: área de al menos 150 metros cuadrados dotada con los recursos humanos y materiales necesarios. Implica reforma arquitectónica mediante cerramiento de la actual terraza u otro área en planta 0. Objetivo: disminuir las incidencias derivadas de mala coordinación interna, incrementar el nº de horas de terapia al día y mejora de resultados (eficacia terapéutica) con medios tecnológicos más avanzados.
7. Integración de NEUROPSICOLOGO CLINICO en equipo de trabajo de UDCA. Objetivo: mejoría los resultados -lo peor valorado en encuesta de satisfacción por segundo año consecutivo-, de la atención al déficit cognitivo en pacientes con daño cerebral y mejoría del afrontamiento en lesión medular. Uso de despachos de área de Psicomática para dicho trabajo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/343 ===== ***

Nº de registro: 0343

Título
CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA -ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
JARIOD GAUDES RICARDO, HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL, MARTITEGUI JIMENEZ ELENA, DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO, FERRANDO MARGELI MERCEDES, TERRER PEREZ ISABEL, CERCADILLO ISLA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Lesionados Medulares -ULME- y la Unidad de Daño Cerebral Adquirido -UDCA- forman parte de la Sección de Rehabilitación neurológica del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Miguel Servet y llevan en funcionamiento más de 40 años. Durante estos años se ha venido colaborando con otros Servicios (Neurología, Neurocirugía,...) y con Atención Primaria, mediante protocolos o coordinando procesos. Todos estos años ha funcionado un grupo de mejora de Calidad en el Servicio de Rehabilitación que ha trabajado en diferentes líneas (revisando procedimientos, consentimientos, protocolos,etc...) entre ellos los que afectan a lesión medular y a daño cerebral adquirido -ictus-. En Noviembre de 2014 se crea un grupo impulsor de la certificación ISO:9001 en ULME, previsto conseguirla en diciembre de 2016. A su vez, en Septiembre de 2016 se acuerda incluir en dicho equipo a profesionales sanitarios que trabajan en daño cerebral para ampliar en 2017 dicha certificación a otras áreas de la Rehabilitación Neurológica.

RESULTADOS ESPERADOS
La certificación ISO supone un gran esfuerzo de documentación y sistematización de las actividades diarias en ambas unidades ULME y UDCA, y obliga a reevaluar nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores de funcionamiento, permitiendo así transformarlos en oportunidades de mejora

MÉTODO
. El equipo ISO está formado por ocho personas (médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales) y unos objetivos marcados en función de los indicadores de los procedimientos operativos. Se ha incluido dentro del contrato programa del hospital con el Servicio de Rehabilitación, el mantenimiento del sistema ISO. De las tres fases (documentación, implantación, acreditación-certificación) queda pendiente sólo la última en ULME y se está en la primera -documentación- en UDCA-. Las actividades a desarrollar serán:
1.- Ordenar y completar la documentación en UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod.
2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora. Responsable: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área en UDCA. Responsable Ricardo Jariod. José Ignacio de Miguel.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo.
6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.

INDICADORES
Cada una de las siete fases antes descritas se puede evaluar respondiendo a la pregunta conseguido si/no en ULME y en UDCA

DURACIÓN
Según el calendario propuesto la certificación en ULME se espera antes de Diciembre de 2016 y en UDCA antes de diciembre de 2017.

OBSERVACIONES
Certificación ISO 9001.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0394

1. TÍTULO

ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA MARTITEGUI JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PINILLA VELA ANA
MARTINEZ VILLUENDAS PALOMA
ABAD BABIER MARIA ROSARIO
RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA
CANTERO LATORRE ANA
DE LA FUENTE BAYO DAVID
BLASCO GARCIA TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un grupo de trabajo con los profesionales implicados para definir y unificar la información transmitida a pacientes y cuidadores.
El primer día de ingreso en nuestra unidad se programan las fechas para las sesiones de la escuela dejando constancia en el plan de tratamiento.
Creación encuesta satisfacción para valorar la información y ejecución de escuela a pacientes y cuidadores.
Revisión y seguimiento de la correcta aplicación de las medidas aprendidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pacientes y Familiares o cuidadores formados: n>22. (>15% sobre altas de 2017). Muestreo n=6.

RESULTADOS SOBRE 10

Duración: 7.66

Condiciones ambientales: 9.33

Orientación a sus problemas: 9

Confianza del personal: 9.33

Amabilidad del personal: 9.66

Satisfacción por realización EF: 9

Utilidad para: solucionar problemas posibles en casa, aprender movimientos y poder practicarlos más tiempo en el día a día, poder ver la realidad a la que enfrentarse

Dificultades al llegar a casa: enfrentarse a las tareas diarias y cotidianas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global ha sido positiva por el grado de implicación de profesionales y familiares entendiendo que es una herramienta útil para enfrentarse a la realidad de la nueva situación de discapacidad.
Siendo que no hemos precisado nuevos recursos para la implantación de la escuela continuaremos con su aplicación.
Quedan pendientes de realizar sesiones comunes informativas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/394 ===== ***

Nº de registro: 0394

Título
ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Autores:
MARTITEGUI JIMENEZ ELENA, MARTINEZ VILLUENDAS PALOMA, PINILLA VELA ANA, RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA, CANTERO LATORRE ANA, DE LA FUENTE BAYO DAVID, BLASCO GARCIA TANIA, ABAD BABIER MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0394

1. TÍTULO

ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El ictus es una patología aguda que cambia de forma brusca la vida no solo del paciente sino también de los familiares que lo rodean. Es importante iniciar el proceso de rehabilitación cuanto antes para minimizar las secuelas y conseguir la más alta funcionalidad, pero éste es un proceso largo que debe continuar también tras el alta hospitalaria. Por eso, es fundamental que el familiar o cuidador principal del paciente sepa cómo manejarlo, cómo comportarse ante determinadas situaciones y saber qué hacer para colaborar en la recuperación del paciente precisando pues la educación y adiestramiento que recibirá con este nuevo proyecto. También es fundamental que la información recibida por parte de cada profesional sea homogénea por lo que la elaboración de un equipo de trabajo multidisciplinar ayudará a consensuar en cada caso la información a ofrecer.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer las líneas de trabajo entre los distintos profesionales implicados en la atención al paciente agudo con ictus.
- Elaboración y difusión de una guía sobre los cuidados al paciente agudo con ictus.
- Fomentar la formación, información e implicación de los familiares directos del paciente agudo con ictus durante el ingreso hospitalario y tras el mismo.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y sus cuidadores.

MÉTODO
- Crear un grupo de trabajo con los profesionales implicados.
- Definir y unificar la información transmitida a pacientes y cuidadores.
- Sesiones informativas, formativas y de apoyo a los familiares de los pacientes ingresados en nuestra unidad.
- Revisión y seguimiento de la correcta aplicación de las medidas aprendidas.
- Puntos sobre los que podría informar Enfermería:

INDICADORES
- N° de familiares formados/ n° de familiares susceptibles de ser formados.
- Grado de satisfacción medido con encuesta específica
- Grado de utilidad recogido en primera revisión tras el alta.

DURACIÓN	09/16	10/16	11/16	12/16	01/17	02/17	03/17	04/17
ACTIVIDADES								
7 05/17								
Elaboración	x	x	x	x				
Implantación				x	x	x	x	x
Valoración					x	x	x	

Desde Septiembre 2016 hasta Diciembre 2016, elaborar el programa y establecer las líneas de trabajo.
Desde Enero hasta Junio de 2017, implantar la escuela en la unidad.
De febrero a Junio valorar el proyecto.

OBSERVACIONES
Las sesiones se realizarán de forma individualizada

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0573

1. TÍTULO

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE BEGOÑA HIDALGO MENDIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARIOD GAUDES RICARDO
POCIÑA NIEVES AURORA
SARTAGUDA ALABART MIREYA
ROYO JORDAN REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha constituido un grupo de trabajo formado por dos médicos y tres fisioterapeutas (Dr Jariod, Dra Hidalgo, Fisioterapeutas Mireya Sartaguda, Aroa Pociña, Rebeca Royo).
Se han establecido los viernes a las 14h las reuniones pertinentes para la discusión y valoración de pacientes complejos a tratar y en seguimiento.
Se ha elaborado un protocolo interno de tratamiento a seguir de los pacientes afectados de incontinencia fecal. Se ha llevado a cabo su implantación.
Se han registrado los indicadores de evaluación y seguimiento planificados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de pacientes tratados ha sido 17 pacientes durante el periodo de Septiembre 2016 a Septiembre 2017. El tiempo medio de lista de espera para tratamiento en IF graves (4 pacientes) según el índice wexner grave ha sido menor de 1 mes.
Del resto de pacientes con leve-moderada han sido 14 pacientes cuya media de espera a tratamiento ha sido de 3-5 meses, estando en tratamiento pendiente 11 pacientes. Solo se han tratado 3 pacientes con incontinencia fecal leve-moderada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Entre las conclusiones que podemos sacar de este trabajo son:
1. La patología de incontinencia fecal es poco frecuente de momento en nuestro servicio, y esperábamos mayor número de pacientes para obtener conclusiones más relevantes.
2. Hemos conseguido protocolizar los tratamientos, y uniformizar de esta manera las distintas terapias existentes, actuando con las de mayor evidencia científica disponible.
3. No hemos podido disminuir el tiempo de espera de las patologías leves y moderadas, puesto que no se han priorizado y el número de recursos personales en el servicio es limitado.

7. OBSERVACIONES.

Es preciso ampliar el seguimiento del proyecto de mejora, para poder evaluar mayor número de pacientes puesto que la patología no es muy frecuente, y la lista de espera de tratamientos leves-moderados no nos es posible disminuirla, por los recursos disponibles.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/573 ===== ***

Nº de registro: 0573

Título
ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

Autores:
HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL, JARIOD GAUDES RICARDO, POCIÑA NIEVES AURORA, SARTAGUDA ALABART MIREYA, ROYO JORDAN REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0573

1. TÍTULO

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

PROBLEMA

La incontinencia fecal es una de las afecciones más frecuentes en gastroenterología. Constituye una afección muy incapacitante, además del coste económico, se añade la afectación de las relaciones sociales, sexuales y laborales del individuo, que llegan incluso al aislamiento del individuo. Se considera que hasta un 1,5% de la población puede presentar escape de gases y/o sólidos. Puede llegar al 17% en poblaciones mayores de 70 años. La incidencia se aumenta con la edad y otras afecciones del suelo pélvico. Como factores causales están la cirugía anorectal, neoplasias, radioterapia, enfermedades neurológicas y traumatismos. Estos van a alterar en cierta manera los mecanismos de continencia anal como son la distensibilidad, la función esfinteriana, o la sensibilidad rectal. Los tres pilares básicos en el tratamiento de la IF son las medidas higiénico-dietéticas, la rehabilitación del suelo pélvico y la cirugía.

La rehabilitación del suelo pélvico ha demostrado beneficios importantes en cuanto a mejoría funcional y de calidad de vida de los pacientes. Los estudios muestran mejorías significativas del 50 al 80% de los pacientes. Incluye diferentes técnicas terapéuticas con el objetivo de fortalecer la musculatura del suelo pélvico y del esfínter anal, el tono, la resistencia y coordinación, además de mejorar la sensibilidad rectal y la proctalgia. Estas técnicas incluyen: entrenamiento bajo control electromiográfico y visual o Biofeedback, electroestimulación de superficie, electroestimulación selectiva del nervio tibial posterior así como trabajo manual desfibrosante y de flexibilización de la musculatura pelvi-perirectal.

La existencia de numerosas terapias hace que exista gran variabilidad en los tratamientos realizados, que deben ser indicados en función de los factores causales para lograr una mejoría funcional y de calidad de vida. La creciente demanda de tratamiento para disfunciones de suelo pélvico es cada vez mayor con la consiguiente lista de espera para realizarlos, por lo que creemos necesario la creación de un protocolo de actuación y coordinación entre los profesionales implicados.

Bibliografía:

1. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. JAMA 1995;274:559.
2. Schiller L. Treatment of fecal incontinence. Current Options in gastroenterology. 2003;6:319-27.
3. Benages A, Mínguez M. Utilidad de las técnicas manométricas en el tratamiento de la incontinencia anal del adulto. Programa de biofeedback: Protocolos metodológicos. Grupo español para el estudio de la motilidad digestiva.
4. Whitehead WE, Wald A, Norton NJ. Treatment options for fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 2001;44:131-42.
5. Jorge JN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 1993;36:77-97.
6. Cook TA, Mortensen NJMcC. Management of faecal incontinence following obstetric injury. Br J Surg. 1998;85:293-9.

RESULTADOS ESPERADOS

Creación e implementación de un protocolo de actuación para médicos y fisioterapeutas para el tratamiento de pacientes derivados de los Servicios de Cirugía General, Digestivo y Ginecología del Hospital Miguel Servet. Con este protocolo se pretende:

- 1- Una evaluación diagnóstica completa del paciente con IF
- 2- Optimización de los recursos terapéuticos en cuanto a técnicas de fisioterapia adecuando los tratamientos a los factores causales de la IF
- 3- Minimizar los tiempos de espera para los tratamientos
- 4- Mejora de calidad de vida y satisfacción del paciente

MÉTODO

- 1- Constituir un grupo de trabajo entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas especializados en patología de suelo pélvico (Dra Hidalgo, Dr Jariod, Fisioterapeutas Mireya Sartaguda, Rebeca y Aroa Pociña)
- 2- Reuniones semanales para priorizar tratamiento de pacientes graves y de técnicas a seguir. Analizar pacientes que requieran nueva valoración por médico rehabilitador o suspensión del tratamiento.
- 3- Elaboración de un protocolo de actuación basado en la evidencia científica disponible sobre las distintas terapias físicas. (Dra Hidalgo)
- 4- Implantación del protocolo para actuar los profesionales implicados de manera conjunta y coordinada. Fisioterapeutas, médicos rehabilitadores.
- 5- Evaluación anual para comprobar resultados. (Grupo de trabajo suelo pélvico)

INDICADORES

- Número de pacientes tratados con mejoría en escalas de valoración de calidad de vida: 80%
- Número de pacientes tratados con mejoría en escala de gravedad (Wexner): >80%
- Tiempo de lista de espera en IF grave hasta tratamiento desde la 1ª vista con el médico rehabilitador: <1 mes
- Tiempo de espera hasta tratamiento desde la 1ª vista en IF leve-moderada: <3 meses

DURACIÓN

Elaboración del protocolo: Septiembre 2016
Presentación en el Servicio: Octubre 2016
Implementación y puesta en marcha: Noviembre 2016
Análisis de resultados. Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0573

1. TÍTULO

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0741

1. TÍTULO

REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Fecha de entrada: 14/02/2018

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
MEDINA SANCHEZ MARIA JOSEFA
RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA
NUEZ BASARTE NURIA
MUELAS MUELAS FELIPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones del equipo rehabilitación: médicos de Rehabilitación Infantil y Terapeutas Ocupacionales revisando los protocolos de tratamiento sobre rehabilitación psicomotriz de los trastornos del aprendizaje en población infantil que se realizan desde hace años en Servicio de Rehabilitación.
Se han realizado varias evaluaciones de niños antes del diseño definitivo.
Se ha diseñado un cuestionario de valoración funcional de funciones superiores y neurológico evolutivo integrado de los realizados previamente, encontrandonos pendientes de terminar su tratamiento informático definitivo así como el informe de alta e inclusión en Hp-Doctor o HCA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Utilización del cuestionario por las Terapeutas Ocupacionales en al menos en más del 80% de los niños en tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El programa se encuentra en la actualidad sin finalizar.
El equipo de rehabilitación consideramos que las actividades realizadas resultan en una mejora en la atención de población infantil con problemas psicomotrices y del aprendizaje.
El cuestionario esta finalizado y utilizado en niños quedando pendientes de de la revisión de la tabulación de resultados para su tratamiento informático y elaboración del informe de alta

7. OBSERVACIONES.
No hemos podido cumplir el calendario previsto por lo que incluido esta memoria como de seguimiento.
¿Existe algún plazo para la finalización de este proyecto?

*** ===== Resumen del proyecto 2016/741 ===== ***

Nº de registro: 0741

Título
REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Autores:
TRIS ARA MARIA JOSE, PEÑA GIMENEZ ANA, MEDINA SANCHEZ MARIA JOSEFA, RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA, NUEZ BASARTE NURIA, MUELAS MUELAS FELIPE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NIÑOS CON TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE Y RETRASO PSICOMOTRIZ
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0741

1. TÍTULO

REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

El tratamiento rehabilitador de los trastornos del aprendizaje basado en una metodología de exploración y tratamiento desarrollada sobre las bases neurofisiológicas de los mecanismos básicos del aprendizaje y la evolución neurológica, se viene realizando desde tiempo ha, en la Unidad de Rehabilitación Infantil de nuestro Servicio de Rehabilitación. Esta metodología se ha mostrado eficaz en nuestra práctica clínica, aun cuando hemos protocolizado todos los procesos que llevamos a cabo. Sin embargo no hemos gestionado informáticamente los procesos realizados.

Consideramos de gran trascendencia poder tabular informáticamente los datos recopilados, al tiempo que elaborar un informe de seguimiento y alta en el HPDoctor.

La consecución de lo anteriormente expuesto haría factible la evaluación fidedigna de los resultados, además de mejorar la comunicación con otras especialidades médicas, así como con terapeutas de nuestra especialidad y con los centros educativos

RESULTADOS ESPERADOS

En las consultas de Rehabilitación Infantil del Hospital Universitario Miguel Server se realiza el diagnóstico, evaluación clínica, indicación de tratamiento y seguimiento de los niños con trastornos del aprendizaje y problemas de psicomotricidad. Estos niños realizan el tratamiento indicado en la Unidad de Terapia Ocupacional del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Durante el tratamiento, la terapeuta ocupacional rellena un impreso de evaluación que, en los trastornos del aprendizaje de funciones superiores, incluye:

- 1.- Control frontal (automatización, inhibición expectancia, estados-acciones-).
- 2.- Adaptación temporal.
- 3.- Adaptación espacial.
- 4.- Somatognosia.
- 5.- Praxis gestual.
- 6.- Automatización de la coordinación óculo-manual.
- 7.- Pinza funcional para la escritura.
- 8.- Sincinesia.
- 9.- Impersistencias motrices.
- 10.- Marchas.
- 11.- Persistencia de reflejos arcaicos.
- 12.- Elevación alternativa de extremidades.

En cada apartado se escribe manualmente el nivel en que se halla y los déficits que presenta en la realización de las actividades. Estas hojas de evaluación se utilizan tanto para el seguimiento en terapia ocupacional como en la consulta clínica del médico rehabilitador.

El objetivo sería realizar un cuestionario de valoración funcional de funciones superiores y neurológico-evolutivo con respuestas estandarizadas sobre el nivel que alcanza el niño que serviría como cuestionario de evolución y resultados, así como de informe de alta en las consultas externas de rehabilitación, incluyéndose en el HP-Doctor.

MÉTODO

Las actividades que planteamos para mejorar nuestra actuación incluirían reuniones del equipo rehabilitación: médicos de Rehabilitación Infantil y Terapeutas Ocupacionales que realizan el tratamiento con el objetivo de revisar los protocolos actuales y diseñar un cuestionario con variables que puedan ser tratadas informativamente, que mejoren la comunicación entre los diferentes profesionales que tratamos a estos niños y que resulta útil para evaluación de resultados y realización de informe médico.

Se realizaran varias evaluaciones de niños antes de su diseño definitivo.

Una vez realizado el cuestionario final de comunicara al equipo de informática y al Servicio de Admisión y Documentación Clínica para su inclusión en el HP-Doctor.

INDICADORES

Utilización del cuestionario por las Terapeutas Ocupacionales en al menos en el 80% de los niños en tratamiento

Realización de informe en HP-Doctor en al menos el 80 % de los niños en tratamiento.

DURACIÓN

1º mes: Reuniones del Equipo Rehabilitador (Médico rehabilitador y Terapeuta Ocupacional)

2º y 3º mes: Realización del cuestionario

4º y 5º mes: Informatización del cuestionario

6º, 7º y 8º mes: Aplicación práctica en Terapia Ocupacional

9º y 10º mes: Aplicación práctica por Médico Rehabilitador

11º y 12º mes: evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0869

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES FERRANDO MARGELI
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CIRES PARDO MINERVA
DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA
DEL PIES DIESTRE NURIA MARIA
LARA MORENO NURIA
MIGUEL ROMEO ANTONIO
SERRANO DEL RIO MARIA PILAR
PERALES MARTINEZ ALMUDENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Presentado en tiempo y forma, se nos notifica con fecha 30/01/2017, desde la Unidad de Calidad Asistencial, la aprobación del proyecto. Se notifica a los componentes del grupo quedando oficialmente constituido en esa fecha. Desde la constitución oficial del grupo de mejora hasta abril, se realizaron las siguientes actividades:

- Decisión sobre el título del curso, para que expresase el objetivo del mismo, quedando finalmente: Transferencias activas en el paciente hospitalizado.
- Revisión de la metodología utilizada hasta ahora en los cursos de movilización de pacientes, con asistencia de todos los miembros del grupo a una formación real de movilización de pacientes, cuya docente era la responsable del grupo.
- Actualización permanente, con consenso de todos los miembros del grupo, sobre la metodología y el material docente.
- Recogida de las solicitudes de las unidades: UCI post cardíaca, unidad de caderas, neurorrehabilitación.
- Valoración de otras unidades en las que creemos que sería útil la formación: neurología, neurocirugía, vascular, post cirugía cardíaca.

En mayo se solicita desde Subdirección la formación de todo el personal de la Unidad de Geriatria del Hospital de la Defensa. Se realizaron cuatro formaciones a TCAE, enfermeras, celadores.
En julio se solicita desde la UCI post-cardíaca la formación del personal, realizando dos formaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

Constitución del grupo: SI

Diseño, actualización y revisión de protocolos: SI

Trabajadores implicados en la movilización (TCAE, celadores) 80% del servicio: en la unidad de geriatría del Hospital de la Defensa se formó a TCAE, enfermeras, celadores, facultativos y supervisora, el 100% de la plantilla.

Método de obtención: los listados de alumnos de las formaciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo considera que es muy importante la continuidad de este tipo de formación para optimizar las técnicas de movilización y fomentar el trabajo en equipo.
La elección de la movilización correcta según el estado físico del paciente ingresado promueve la autonomía y facilita la recuperación temprana con menor discapacidad.

7. OBSERVACIONES.

En la actualidad algunos miembros del grupo han sido desplazados por las nuevas incorporaciones de personal, con lo que habría que incorporar a otros fisioterapeutas para poder realizar las formaciones sin desatender a los pacientes en tratamiento en la propia Unidad de Fisioterapia

*** ===== Resumen del proyecto 2016/869 ===== ***

Nº de registro: 0869

Título

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0869

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HUMS

Autores:
FERRANDO MARGELI MERCEDES, CIRES PARDO MINERVA, DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA, DEL PIE DIESTRE NURIA MARIA, LARA MORENO NURIA, MIGUEL ROMEO ANTONIO, SERRANO DEL RIO MARIA PILAR, PERALES MARTINEZ ALMUDENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que limitan la independencia del paciente
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....: Potenciar la autonomía del paciente.

PROBLEMA

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. En estos momentos se realizan algunas acciones formativas que resultan insuficientes y únicamente una fisioterapeuta es la se ocupa de llevarla a cabo, por lo que no es posible aumentarlas. Por ello, posibilitar que exista un grupo de formadores hará posible llevar a cabo un proyecto de trabajo en servicios (UCI, Neurología) donde las características de los pacientes son especiales.

Por otro lado, llevarlas a cabo trabajando con todos los componentes de los equipos hace que sea realmente eficaz y posibilite la implicación de la supervisora, imprescindible para que perdure en el tiempo. La homogeneización de la formación recibida posibilitará que, a pesar de las continuas rotaciones de las plantillas, siga siendo eficaz.

RESULTADOS ESPERADOS

La creación de un grupo de ocho fisioterapeutas, motivados, capacitados y conscientes de la necesidad de poner en marcha este proyecto, que tienen los mismos objetivos, y pueden poner en común avances, problemas y nuevos retos, sin duda impulsará una adecuada movilización ergonómica de los pacientes. En estos momentos son varias las unidades que están a la espera de recibir esta formación (las UCI, Neurología) y en función de la organización de las unidades se planificará el cronograma formativo

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. Es necesario personalizar la formación a las características de los pacientes ingresados en cada unidad (un paciente de UCI postcardiaca precisa una movilización diferente a un paciente neurológico/traumatológico, etc.)
Cronograma y priorización de unidades donde realizar estos talleres y reparto de actividades entre componentes del grupo

INDICADORES

Constitución del Grupo: SI
Protocolos diseñados, revisados y actualización: 100% de los servicios o unidades que se formen.
Trabajadores implicados en la movilización (principalmente TCAE y Celadores) 80% del servicio, con implicación de supervisores de unidad.

DURACIÓN

El grupo tiene vocación de perdurar en el tiempo, sería deseable proporcionar esta formación a todos los profesionales implicados en la movilización de pacientes.
No obstante el plan de trabajo se realizará, inicialmente, para los años 2017/2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0880

1. TÍTULO

DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO VICENTE CARNICER

- Profesión LOGOPEDA
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre el año 2014 y el año 2015, creamos en la unidad de disfagia del servicio de rehabilitación del hospital Miguel Servet una página web: DISFAPP.

Esta página cuenta con una serie de ejercicios bucolinguofaciales y maniobras posturales y compensatorias dirigidos a pacientes diagnosticados de disfagia orofaríngea, familiares o cuidadores, y profesionales de la salud relacionados con ella.

Para acceder a dicha página web, se hará mediante el link www.disfapp.es, allí, antes de empezar la realización de los ejercicios, se deberá aceptar los términos especificados, en los que se declara que su uso sin la adecuada supervisión puede suponer un riesgo para la integridad física del paciente.

Incluye también un decálogo con recomendaciones generales para esta patología.

La presentación de cada ejercicio y cada maniobra es de forma individual, contando cada uno de ellos con su video correspondiente, mostrando de forma visual su ejecución, y una explicación oral y escrita de como realizarlo.

La finalidad de esta página web es complementar unas indicaciones previamente diseñadas por un profesional especializado en la disfagia orofaríngea y garantizar la correcta ejecución de los ejercicios y/o maniobras durante el tratamiento y una vez que el paciente era dado de alta en la consulta de logopedia, pero debía continuar realizando los ejercicios en su domicilio y dotarles de recursos suficientes para su realización.

También creamos una hoja de registro en la que poder asignar a cada paciente los ejercicios y/o maniobras específicas para su patología.

Todos los profesionales pertenecientes a la unidad de disfagia: una médico rehabilitadora y dos logopedas, formamos parte de la realización de la página web y en el desarrollo de este proyecto de mejora de calidad, otorgando a cada paciente una encuesta de satisfacción, primero al alta de la rehabilitación (logopedia) y posteriormente, en revisión en la consulta de disfagia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para comprobar si el objetivo inicial se había conseguido, desde noviembre de 2016 y hasta finales de 2017, a los pacientes que habían realizado tratamiento de rehabilitación en la consulta de logopedia y eran dados de alta, se les proporcionó una encuesta de satisfacción con estos cuatro parámetros:

1. ¿Ha realizado los ejercicios a través de la DISFAPP?
2. ¿Le ha resultado sencillo su manejo?
3. ¿Le ha resultado útil?
4. ¿Ha necesitado ayuda para acceder a ella?

Esta encuesta (elaborada a una veintena de pacientes) la realizamos al terminar las sesiones asignadas en logopedia y posteriormente cuando eran revisados en la consulta de disfagia con la Dra Jarne Esparcia.

Desde que empezamos con la utilización de la página web y con la realización de la encuesta de satisfacción, observamos en las encuestas que:

1. Un 80% de los pacientes había realizado los ejercicios a través de la página web.
2. A un 100% le ha resultado fácil su manejo.
3. A un 90% le ha resultado útil.
4. Un 20% necesitó ayuda para acceder a ella.

Todos los pacientes coincidían en la claridad de la página web y en lo intuitivo que resultaba su manejo. También destacaban la seguridad que les proporcionaba el realizar los ejercicios de forma tutorizada sin tener que desplazarse a la consulta para realizar los ejercicios.

Por otro lado, nosotras comprobamos que los pacientes, en la revisión, realizaban todos los ejercicios de forma adecuada. Esto nos resulta tranquilizador a la hora de decidir dar de alta a un paciente en la consulta de rehabilitación, sabiendo que necesita continuar con la realización de los mismos en su domicilio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0880

1. TÍTULO

DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a que los resultados obtenidos han resultado muy satisfactorios para nosotras, vamos a continuar con la utilización de la página web y con la realización de la encuesta de satisfacción a los pacientes que son diagnosticados de disfagia orofaríngea.

7. OBSERVACIONES.

Desde que realizamos la página web y hasta que empezamos este proyecto de mejora de calidad, el 9 de mayo de 2016, esta página web DISFAPP fue otorgada con el Accésit del VI Premio a la Innovación en TIC en el sector II al proyecto: Disfapp: una aplicación para mejorar la deglución en personas que padecen disfagia orofaríngea.

El haber recibido este premio, y, por supuesto, la satisfacción en los resultados de las encuestas a los pacientes, nos ha llenado de satisfacción y nos sirve de empuje para seguir con su utilización y su recomendación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/880 ===== ***

Nº de registro: 0880

Título
DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

Autores:
VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO, JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la rehabilitación de pacientes con disfagia orofaríngea, nos encontrábamos con el problema de la tutorización de los ejercicios cuando el paciente era dado de alta. Desde la unidad de disfagia y el servicio de logopedia, se creó una página web en la que aparecen de forma explícita (con un video explicativo de los ejercicios) en la que aparecen los ejercicios recomendados para cada paciente. Estos ejercicios se pueden ver tanto en formato escrito, como el video de cada uno de ellos, facilitando su realización en el domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto, es facilitar al paciente la continuidad en su rehabilitación, sin tener que desplazarse al centro correspondiente y asegurarnos una correcta realización de los ejercicios.

MÉTODO
El paciente acude al servicio de rehabilitación del hospital para terapia de logopedia. Durante el tratamiento estipulado por el facultativo, el paciente realiza los ejercicios correspondientes tutorizados por el logopeda. Una vez que el paciente los realiza correctamente, se le indica la continuidad en su domicilio mostrándole la página web donde puede ver los ejercicios asignados y continuar realizándolos. Después de un periodo de tiempo que puede variar entre dos o tres meses, el paciente es revisado en consulta para comprobar su evolución.

INDICADORES
Se le pasará una encuesta de satisfacción cuando el paciente es revisado en la consulta de disfagia. Se realizará la misma encuesta al alta en el servicio de rehabilitación.

DURACIÓN
La fecha de inicio será en noviembre de 2016 y la finalización será cuando se obtenga una muestra significativa de pacientes encuestados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0880

1. TÍTULO

DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0975

1. TÍTULO

RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARINA GIMENO GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORATA CRESPO ANA BELEN
SUPERVIA POLA MARTA
LAITA MONREAL SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto esta iniciado pero no se ha podido cumplir el calendario previsto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento no disponemos de resultados debido a que el trabajo se encuentra todavía en su fase inicial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se dispone de conclusiones debido a que el proyecto no se ha llevado a cabo en los plazos pendientes, se encuentra iniciado pero los pocos casos estudiados todavía no permiten presentar resultados ni conclusiones .

7. OBSERVACIONES.
Debido a la gran presión asistencial acontecida durante el pasado año, la falta de medios auxiliares para el desarrollo previsto del proyecto, los cambios en el personal auxiliar y el desplazamiento a otros centros de algunos de los componentes iniciales del equipo de trabajo, este no se ha podido desarrollar en los plazos previstos y se encuentra todavía en su fase inicial . Era nuestra intención llevarlo a cabo durante el presente año si esto fuese posible.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/975 ===== ***

Nº de registro: 0975

Título
RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA

Autores:
GIMENO GONZALEZ MARINA, MORATA CRESPO ANA BELEN, SUPERVIA POLA MARTA, LAITA MONREAL SANTIAGO, MATAMALA ADELL MARTA, CORTES RAMOS JUAN MANUEL, SANCHEZ GRACIA JACOBO, LARA MORENO NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Situación actual.
- Existen pocos trabajos en la literatura que valoren los resultados de los programas de RHB cardiaca en pacientes quirúrgicos a largo plazo
- Necesidad de medida objetiva de resultados/eficacia del programa
- Oportunidad de creación de línea de mejora en el diseño del programa de RHBC en base a los resultados a largo plazo obtenidos.
- Detección de principales problemas que encuentran los pacientes al finalizar el programa para conseguir la adherencia al cambio en el estilo de vida

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0975

1. TÍTULO

RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA

Se pretende realizar una valoración de los resultados de un programa de rhb cardiaca sobre la capacidad funcional y la calidad de vida al año .

1.- Valorar el mantenimiento de la mejora en la capacidad funcional y en el control de los factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida obtenidos al final del programa, un año después de finalizarlo

MÉTODO

Revisión al año de los pacientes que realizaron un programa de RHBC en el hospital tras ser sometidos a cirugía cardiaca. Estudio observacional de un mínimo de 30 pacientes que tras ser sometidos a Cirugía Cardíaca son remitidos a RHBC.

Se determinan los criterios de inclusión y variables a estudio. Se seleccionan cuestionarios válidos y fiables para medición de: Adherencia a la dieta mediterránea (Cuestionario predimed), abstinencia tabáquica (historia clínica, coximetría), calidad de vida (euroqol, SF36), ejercicio físico (cuestionario IPAQ) junto con estudio antropométrico, y nuevo test de esfuerzo.

INDICADORES

1.-Comparación de resultados de los pacientes al finalizar programa y al año.(CV)

2.- Número de ingresos hospitalarios y complicaciones médicas.

3.- Adherencia a los cambios(comparación de encuestas al finalizar programa y al año: dieta mediterránea, actividad física, abstinencia tabáquica)

Se obtienen a través de entrevista clínica, exploración física y cuestionarios. Posteriormente se realiza análisis de los resultados

DURACIÓN

Inicio en Noviembre 2016 se realizará a lo largo de 1 año.

1.- Elaboración de protocolo de valoración (noviembre -diciembre16)

2.- Remisión al comité de ética para su aprobación (diciembre16)

3.- Selección e inclusión de los pacientes(diciembre16-mayo17)

3.- Seguimiento de los pacientes(diciembre16-mayo17)

4.- Análisis de los resultados (junio)

5.- Presentación de resultados y conclusiones .(junio -noviembre17)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1033

1. TÍTULO

FASE 3 DE A REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ANA 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.
GIMENO GONZALEZ MARINA
CHABBAR MARUAN CARLOS
GARCIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos realizado sesiones informativas en 3 centros de salud durante el año 2017, el objetivo inicial era desplazarlos a 7 centros de salud, pero debido a problemas asistenciales en nuestra Unidad y la concurrencia de dos bajas laborales de larga duración, no cubiertas no ha sido posi

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Puntuación media obtenida en la encuesta de calidad pasada los asistentes a las sesiones 7,8/10
- Porcentaje de personal asistente a la sesión respecto al total del personal del centro: enfermería 65%, facultativos 80%.
- En el centro de salud Torrero Este se ha puesto en marcha un proyecto piloto de derivación de pacientes para continuidad de los cuidados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario continuar con el proyecto iniciado, intentado alcanzar a la totalidad de los centros de salud del sector 2

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1033 ===== ***

Nº de registro: 1033

Título
FASE 3 DE REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Autores:
MORATA CRESPO ANA BELEN, GIMENO GONZALEZ MARINA, LAITA MONREAL SANTIAGO, GARCIA RUBIO MARIA JOSE, MORENO FRAILE RAQUEL, FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS, DE LA FUENTE BAYO DAVID, RUIZ SERRANO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La rehabilitación cardiaca se divide en 3 fases:

- FASE 1: ingreso hospitalario del paciente.
- FASE 2: subaguda, en la cual el paciente realiza el programa de forma ambulatoria.
- FASE 3: desde que el paciente finaliza la fase 2 hasta el resto de su vida.

No existen dudas sobre la evidencia científica de los programas de rehabilitación cardiaca, son costo-efectivos, disminuyen los costes sanitarios y mejoran la capacidad funcional, supervivencia y calidad de vida de las personas que los realizan.

El año pasado, dentro de los programas de apoyo para mejorar la calidad en el Servicio Aragonés de Salud, fue aceptado un programa que solicitó la Unidad de Rehabilitación Cardiaca con el fin de desarrollar la fase 3 a nivel extrahospitalario.

El objetivo inicial era informar y establecer vías de contacto con los profesionales de Atención Primaria de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1033

1. TÍTULO

FASE 3 DE A REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

algunos centros de salud del Sector 2. Hasta el momento hemos entrado en contacto con 4 centros de salud, en el de Fuentes Norte se va a desarrollar un proyecto piloto en el que están implicados personal médico y de enfermería, a través de una enfermera de enlace se va a realizar seguimiento y control de factores de riesgo cardiovascular de forma individualizada a aquellos pacientes que han finalizado la fase 2. Una de las causas para la baja implementación de los programas de Rehabilitación Cardiaca en nuestro medio, a pesar de la demostrada efectividad de los mismos, es el desconocimiento tanto por parte de las autoridades sanitarias, como los de los profesionales de atención primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar el conocimiento de los profesionales de atención primaria de los programas de Rehabilitación Cardiaca.
2. Desarrollar iniciativas por parte de los profesionales de atención primaria para el desarrollo de la fase 3.
3. Establecer una vía de contacto a internivelar, correo electrónico de la Unidad activo.

MÉTODO

1. Desarrollo de sesiones informativas y de intercambio de ideas entre los profesionales de los dos niveles asistenciales: Atención primaria y Unidad de Rehabilitación Cardiaca.
2. Conseguir 1 o 2 profesionales interesados en el riesgo cardiovascular en cada uno de los centros de salud.
3. Desarrollo de la menos un proyecto de fase 3

INDICADORES

1. Análisis de una encuesta de satisfacción y otra de conocimientos de los profesionales de atención primaria tras la realización de las sesiones en los diferentes centros de salud.
2. Desarrollo de al menos una nueva línea de trabajo en alguno de los centros de salud a los que nos desplazaremos.
3. Análisis de la asistencia del personal de atención primaria a las sesiones conjuntas.

DURACIÓN

Fase inicial: desarrollo de 7 sesiones de trabajo centros de salud del sector 2.

Fase secundaria: elaboración de un proyecto para el desarrollo de fase 3 en alguno de los centros de salud en los que se desarrollen las sesiones informativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0667

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL Sº DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)

Fecha de entrada: 20/03/2018

2. RESPONSABLE CARLOS VAZQUEZ GALEANO
· 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
LESTA ARNAL ALVARO
MARZO GRACIA JESUS
MEDRANO SANILDEFONSO MARTA
MERIÑO IBARRA ERARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto de calidad como tal no se llegó a iniciar porque fue transformado en otro, en concreto en el que esta registrado con el número 2016_1432

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ninguno

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ninguna

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/667 ===== ***

Nº de registro: 0667

Título
IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)

Autores:
VAZQUEZ GALEANO CARLOS, CASORRAN BERGES MARTA, LESTA ARNAL ALVARO, PECONDON ESPAÑOL ANGELA, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, MARZO GRACIA JESUS, BELTRAN AUDERA CHESUS, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La patología Autoinmune, debuta con sintomatología tanto articular, en un alto porcentaje de los casos, como extraarticular, siendo preciso un alto índice de sospecha para saber reconocer los signos y síntomas de debut. Siendo la Atención Primaria la primera línea de atención de nuestro Sistema Sanitario, parece coherente habilitar un canal de captación activa de pacientes con sospecha de Enfermedad Autoinmune Sistémica (EAS) por parte de los profesionales de este sector

RESULTADOS ESPERADOS
Reconocimiento y Detección precoz de la EAS desde el ámbito de la AP.
Derivación rápida y accesible a las Consultas especializadas en EAS del Sº de Reumatología (EAS-Reum) para implementar un estudio rápido, eficiente e integral del paciente target y coordinar tanto la solicitud de pruebas diagnósticas como la interconsulta con otros servicios potencialmente implicados en su tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0667

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL Sº DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)

MÉTODO

Presentaciones inicialmente en 5 Centros de Salud pertenecientes a nuestro Sector, con proyección a otros ulteriormente, en función de los resultados; se pretende enfoque práctico focalizado en el reconocimiento de signos clínicos habituales en las EAS. Asimismo, dar a conocer la EAS-Reum en el ámbito de la AP, poniéndonos a su disposición para la recepción ágil y eficaz de los casos de sospecha de EAS. Las presentaciones serán realizadas por miembros de la EAS- Reum desplazados a los propios centros de salud.

INDICADORES

- Índice de primeras visitas bajo epígrafe EAS -Reum/Total de primeras visitas
- Número de casos de sospecha EAS remitidos desde cada centro de Salud implicado en el proyecto.

DURACIÓN

- Comenzará a implementarse a primeros de 2017, inicialmente con idea de mantenerse a lo largo de este año.
- Se comenzaría en Enero con las charlas informativas por parte de los reumatólogos en los centros de salud correspondientes.
 - A partir de febrero se iniciaría período de implementación de derivaciones, de forma progresiva.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1432

1. TÍTULO

ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS. CANAL DE DERIVACION

Fecha de entrada: 15/02/2018

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.
PECONDON ESPAÑOL ANGELA
VAZQUEZ GALEANO CARLOS
MEDRANO SANILDEFONSO MARTA
LESTA ARNAL ALVARO
HIGES HIGES ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos creado una vía de derivación/atención específica desde AP para pacientes con sospecha de enfermedades autoinmunes a través del sistema On Line de citaciones que empezó a funcionar a finales de diciembre 2017. La agenda/consulta a la que son remitidos para su estudio, es la denominada TREUM6, que tiene una frecuencia, de momento, de 1 día por semana.
Estamos dando a conocer dicha agenda a través de un documento informativo que se anexa en los contactos on line con los facultativos de AP.
Hemos creado una pequeña base de datos para poder evaluar los indicadores.
Y estamos ahora en el proceso de confección de protocolos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que se trata de un proyecto que acaba de arrancar, solo podemos dar de forma preliminar los siguientes resultados:
1-Desde la apertura de la agenda a finales de diciembre del 2017 hasta el momento presente, han sido remitidos por esta vía un total de 32 pacientes.
El tiempo de demora ha sido de <7 dias para los pacientes preferentes y de < 15 dias para las derivaciones normales.
El porcentaje de pacientes que ya han sido diagnosticados de alguna conectivopatía es del 16% (2 LES, 1 ESP, 1 Sínd CREST, 1 síndr antisintetasa).
Así mismo otro 16% de pacientes han sido alta (con informe en HP-Doctor) al descartarse proceso autoinmune. Están en proceso de estudio el resto, entre ellos un 29% que tenían como síntoma guía un sínd de Raynaud, precisando también capilaroscopia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pensamos que esta nueva forma (on line) de agendar a estos pacientes ha abierto una gran oportunidad para ordenar y mejorar la atención específica de estos pacientes en nuestro servicio.

Queda aun bastante trabajo por realizar y conclusiones a las que llegar porque estamos en una fase muy incipiente del proyecto. Entre otras cosas, están en fase de realización los protocolos de actuación y han quedado pendientes la evaluación de satisfacción de pacientes y facultativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1432 ===== ***

Nº de registro: 1432

Título
ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM). CANAL DE DERIVACION RAPIDA DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, PECONDON ESPAÑOL ANGELA, VAZQUEZ GALEANO CARLOS, MERIÑO IBARRA ERARDO, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, HIGES HIGES ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1432

1. TÍTULO

ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS. CANAL DE DERIVACION

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología Autoinmune, debuta con sintomatología tanto articular en un elevado porcentaje de los casos, como extraarticular, siendo preciso un alto índice de sospecha para saber reconocer los signos y síntomas de debut. Siendo la AP la primera línea de atención en nuestro Sistema Sanitario, parece coherente habilitar un canal de captación activa de pacientes con sospecha de Enfermedad Autoinmune Sistémica (EAS) por parte de nuestro servicio de Reumatología.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La consecución de una mejora continua de la comunicación y colaboración con Atención Primaria que ayude a reconocer y detectar precozmente las EAS en dicho ámbito. .
2. Derivación rápida y accesible a nuestras Consultas monográficas de (EAS-Reum), con el empeño inicial de hacerlo en menos de 10 días.
3. Realización eficiente de diagnóstico e inicio precoz del tratamiento de estas enfermedades, coordinando, si fuera preciso desde nuestra unidad, la asistencia con otras especialidades potencialmente implicadas en el manejo clínico-terapéutico de las manifestaciones clínicas de estos pacientes.
4. Aumentar de satisfacción de los pacientes
5. Conocer el grado de satisfacción con esta vía de los facultativos de AP

MÉTODO

OFERTA: Queremos mejorar la calidad de atención al pacientes con sospecha de EAS,

1. Creando una vía de derivación específica
2. Abriendo a AP la agenda de Capilaroscopia de Reumatología
3. Centralizando la atención en una consulta monográfica .
4. Coordinando la atención multidisciplinar del paciente.

ACTIVIDADES:

1. Llevar a cabo presentaciones, inicialmente en 5 Centros de Salud pertenecientes a nuestro Sector, con proyección a otros posteriormente en función de los resultados. Se pretende un enfoque práctico focalizado en el reconocimiento de signos clínicos habituales en las EAS . Las presentaciones serán realizadas por miembros de la EAS- Reum desplazados a los propios centros de salud .
2. Asimismo, dar a conocer la EAS-Reum en el ámbito de la AP, poniéndonos a su disposición para la recepción ágil y eficaz de los casos de sospecha de EAS .
3. Apertura a AP de agenda de Capilaroscopia
4. Colgar en intranet de AP la documentación apropiada
5. Apertura de la agenda para AP de citación para esta vía de canalización
6. Creación de una base de datos para estos pacientes
7. Confeccionar/modificar/mejorar protocolos de actuación para el manejo diagnóstico y terapéutico de estos pacientes en la consulta monográfica basados en guías y consensos.
8. Confección cuestionarios de satisfacción pacientes y facultativos AP
9. Realizar encuestas de satisfacción en médicos de AP
10. Realizar encuestas de satisfacción en pacientes

INDICADORES

Para este primer año realizaremos evaluaciones preliminares centradas en el funcionamiento del canal de derivación

1. Tiempo de demora en la asistencia desde la fecha en que es derivado el paciente (nº días demora: Fecha de remisión desde AP - Fecha de atención en EAS-Reum).
2. Conocer el porcentaje de los pacientes remitidos a esta consulta que presentan una enfermedad autoinmune (nº pacientes con EAS/nº total de pacientes derivados)
3. Frecuencia de las diferentes EAS
 - a. LES (nº LES/nº total EAS)
 - b. Esclerodermia-ESP (nº ESP/nº total EAS)
 - c. Miopatías inflamatorias (nº MI/nº total EAS)
 - d. Sjögren 1ª (nº Sjögren 1º/nº total EAS)
 - e. Vasculitis (nº vasculitis/nº total EAS).
4. Grado de satisfacción del paciente (% de pacientes satisfechos o muy satisfechos)
5. Grado de satisfacción del facultativo de AP con el proyecto (% de facultativos de AP satisfechos o muy

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1432

1. TÍTULO

ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS. CANAL DE DERIVACION

satisfechos)

DURACIÓN

- 1- Presentacion canal de derivación/charlas inicialmente en 5 centros de AP en septiembre- octubre del 2017. Responsables: jefe de servicio (Dr Manero); Dres.Pecondón, Vazquez, Meriño, Medrano, Beltran,Lesta.
- 2- Colgar en Intranet de AP documentación en octubre 2017. Responsables: Dr Manero, Dra Pecondón.
- 3- Apertura de agenda capilaroscopias a AP en octubre 2017. Responsables: Dr Manero.
- 4- Apertura de nuestra agenda para la derivación de pacientes: en noviembre 2017. Responsable: Dr Manero.
- 5- Creación de base de datos diagnóstica : septiembre-octubre 2017. Responsables: Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.
- 6- Confección de encuestas de satisfacción, en octubre-noviembre 2017. Responsables: Dres. Pecondon, Vazquez y Meriño.
- 7- Revisar/confeccionar protocolos clinicos durante todo el periodo de duración del proyecto. Responsables: Dr Manero, Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.
- 8- Evaluación preliminar Tiempo de demora en febrero 2018. Responsables: Dra Pecondon, Dr Vazquez y Dr Meriño.
- 9- Evaluación preliminar porcentaje de pacientes correctamente remitidos en febrero 2018. Responsables: Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño
- 10- Evaluación preliminar % Dcos por patologías en febrero 2018. Responsables: Dres. Pecondón, Vazquez y Meriño
- 11- Evaluación grado de satisfacción del paciente en febrero-marzo 2018. Responsables: Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.
- 12- Evaluación grado de satisfacción de los facultativos de AP en abril-mayo 2018. Responsables Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1435

1. TÍTULO

APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

Fecha de entrada: 14/02/2018

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
MERIÑO IBARRA ERARDO
PEREZ BORAU MARIA ANTONIA
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Después de realizada una revisión bibliográfica hemos confeccionado protocolo donde hemos incluido datos metrológicos clínicos y las áreas articulares a explorar ecográficamente más representativas para valorar actividad.

También disponemos de registro donde los miembros del servicio incluyen datos básicos de los pacientes y que posteriormente serán citados por nuestra secretaria para hacerles la ecografía en fecha próxima a la revisión en la consulta de reumatología

El numero de días para hacer las ecografías ha sido reducido a un día a la semana, en vez de dos por asuntos organizativos internos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La selección de pacientes comenzó una vez terminado el grueso del periodo vacacional, ósea en septiembre del 2017, con los siguientes resultados :

- 1- En este periodo han sido seleccionados para la optimización de fármacos biológicos un total de 22 pacientes con AR establecida sin o con baja actividad clinica, mantenida durante al menos 6 meses.
 - 2- El porcentaje de pacientes en remisión clinica que presentaban señal vascular ecográfica y que por lo tanto no se han sido susceptibles de optimizar dosis ha sido de 65%
 - 3- El porcentaje de pacientes en remisión clinica y ecográfica en los que ha podido optimizarse la dosis del fármaco biológico ha sido del 45%.
- El impacto económico no ha sido aún establecido, porque nuestras expectativas son incluir un mayor numero de pacientes (alrededor de 50)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pensamos que no hemos alcanzado el número de pacientes adecuado, por lo que vamos a continuar con esta línea de calidad al menos durante 6 meses más

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1435 ===== ***

Nº de registro: 1435

Título
APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

Autores:
PECONDON ESPAÑOL ANGELA, VAZQUEZ GALEANO CARLOS, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, PEREZ BORAU MARIA ANTONIA, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1435

1. TÍTULO

APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La optimización realizada actualmente en la artritis reumatoide tratada con terapia biológica, se basa exclusivamente en datos clínico-biológicos. Estos resultan insuficientes para la optimización de dichas terapias. Hay frecuentes recidivas que pueden ser favorecidas por la falta de remisión o baja actividad de la enfermedad. Un objetivo estratégico del servicio son las terapias biológicas, su optimización adecuada evita la intensificación de los tratamientos, disminuye efectos secundarios y consigue un menor gasto y una mayor satisfacción del paciente. Como addendum, el proyecto NATUC, pendiente de aprobar como cartera de servicios, para realizar anticuerpos antiTNF, permitirá una forma más lógica de optimizar.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera detectar pacientes que estén en remisión/no remisión ecográfica para mejor ajuste de dosis y valorar conseguir mayor eficiencia

MÉTODO

OFERTA DE SERVICIOS:

- 1- Mejora de la eficiencia en pacientes con artritis reumatoide (AR) en remision o baja actividad clinica en el area de terapias biologicas, a traves de estudio ecografico
- 2- Creación agenda de ecografia especifica para pacientes con AR.

ACTIVIDADES :

- 1- Presentación del proyecto en el servicio
- 2- Confeccionar protocolo de exploración ecografica y de seguimiento del paciente
- 3- Crear agenda especifica donde los miembros del servicio puedan citar a los pacientes
- 4- Realización de la ecografias por 2 de nuestros facultativos con ecografo del servicio
- 5- Recogida de datos
- 6- Reuniones trimestrales del servicio para valorar desarrollo del proyecto
- 6- Si es pertinente, prepara trabajos para reuniones o congresos.

INDICADORES

Definición de los indicadores:

1. Porcentaje de pacientes con AR en remisión clinica que no están en remisión ecográfica (nº pacientes con actividad ecográfica/ nº total pacientes remision clinica)x100 y que por lo tanto no se puede disminuir dosis.
2. Porcentaje de pacientes en remisión clinica que están en remisión ecográfica (nº pacientes sin actividad ecográfica/ nº total pacientes remision clinica)x100 y que por lo tanto requieren mayor optimización.

DURACIÓN

- 1- Presentación del proyecto al servicio en junio 2017. Responsable Dr Manero (jefe de Servicio).
- 2- Crear agenda especifica y confeccionar protocolos de exploracion ecografica y de seguimiento clinico: junio-julio 2017. Responsables: Dra Pecondón y Dr Vazquez .
- 3- Realización de ecografias durante junio, julio, septiembre, octubre, noviembre 2017. Responsables Dra Pecondon y Dr Vazquez
- 4- Recogida de datos en noviembre-diciembre 2017. Responsables: Dra Pecondon y el resto de los facultativos del servicio.
- 5- Analisis de impacto economico en diciembre 2017. Responsables Dr Manero, Dra Pecondón.
- 6- Comunicación de resultados a los miembros del servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1435

1. TÍTULO

APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0702

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ALMUDENA BOROBIO LAZARO
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD BABIER MARIA ROSARIO
AYARZA IZAGUERRI CARMEN
BABIANO CASTELLANO BELEN
ECHEVARRIA BURILLO MARIA JOSE
NOTIVOL HERNANDEZ MARIA DEL ROSARIO
RUIZ VECINO TERESA
BURRO DAL ADORACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades programadas:
1-Formación del grupo para el desarrollo del proyecto.
2-Elaboración del calendario de reuniones.
3-Diseño del programa de sesiones.
4-Realización de las sesiones (según calendario previsto).

Todas las actividades se han llevado a cabo según el calendario previsto:
1-Se constituye grupo de trabajo en reunión especializada -primaria (11 de noviembre de 2016)
2-Se elaboró programa de sesiones (reunión 11 de noviembre de 2016)
3-Se han realizado las diferentes sesiones programadas:
10 de febrero de 2017 "Actualización en materia de dependencia"
12 de mayo de 2017 "Violencia en el ámbito familiar"
15 de septiembre de 2017 "Detección de delitos de odio"
17 de noviembre de 2017 "Dispositivos de atención a TMG"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según los indicadores establecidos:
Nº Reuniones: 5 de las 6 programadas.
Nº Sesiones: 4. Una más de las programadas.
Asistencia >70% en todas las sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración transmitida por todo el equipo es positiva, ya que el proyecto, ha permitido crear un espacio de formación; comunicación y coordinación profesional entre dos niveles de atención, espacio previamente inexistente.

Los temas abordados han sido de gran interés para la actividad profesional. El horario y lugar eran adecuados

Como aspectos pendientes, valoran que sería necesario afianzar el espacio con la implicación, en la asistencia y participación, de un mayor número de miembros de los dos niveles. Y aumentar algo la frecuencia de las sesiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/702 ===== ***

Nº de registro: 0702

Título
GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II

Autores:
BOROBIO LAZARO ALMUDENA, ABAD BABIER MARIA ROSARIO, AYARZA IZAGUERRI CARMEN, BABIANO CASTELLANO BELEN, BURRO DAL ADORACION, ECHEVARRIA BURILLO MARIA JOSE, NOTIVOL HERNANDEZ MARIA DEL ROSARIO, RUIZ VECINO TERESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0702

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La coordinación entre la atención primaria y la especializada es de especial importancia en la atención al paciente en general, y en lo referente al ámbito social es fundamental. El crear mecanismos de coordinación, y trabajar de manera conjunta y en pos de un objetivo común es necesario para mejorar la calidad en la asistencia al paciente.

Al mismo tiempo, la creación del grupo de trabajo entre primaria y especializada, nos permitirá compartir conocimientos, y de esta manera ampliar nuestra formación, diseñando un programa de sesiones formativas en el ámbito del trabajo social.

RESULTADOS ESPERADOS

-Optimizar la intervención social en la atención al paciente.
-Mejorar la coordinación entre atención primaria y atención especializada en el ámbito social.
-Favorecer la continuidad asistencial en la atención al paciente.
-Adquirir conocimientos, ampliando la formación de los trabajadores sociales del sector II, así como de los estudiantes en prácticas en el sector.

MÉTODO

Crear grupo de trabajo entre trabajadores sociales de atención primaria y atención especializada.
Elaborar calendario de reuniones.
Diseño de un programa de sesiones formativas dentro del ámbito del trabajo social.

INDICADORES

Nº Trabajadores sociales que se impliquen en el proyecto = 70%
Nº de Reuniones que se lleven a cabo = 6 anuales
Nº de sesiones que se incluyen en el programa = 3 anuales (1 por trimestre).

DURACIÓN

4º Trimestre 2016: 1ª Reunión: creación grupo de trabajo.
1º Trimestre 2017: Elaboración del calendario de sesiones con los temas seleccionados
2º 3º y 4º Trimestre de 2017: 3 sesiones formativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ROY JIMENEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN
SANCHEZ CHUECA PILAR
ZAPATERO DE CASTILLA MAYA
LAPRESTA MOROS CARLOS
VILLABONA RESANO JULIA
OLMOS PEREZ FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El sistema informático, base fundamental del estudio para la recogida de datos, se ha estado actualizando y modificando de forma continúa durante este pasado año 2018, para mejorar todos los parámetros medibles referentes a los pacientes ingresados. Por este motivo, ha sido imposible realizar la exportación de datos tal y como estaba previsto y no se ha podido realizar el proyecto.

El grupo de trabajo creado para el proyecto, decidió intensificar la formación continuada al personal de forma dinámica, adaptándose a las modificaciones dentro del programa informático, con el objetivo de identificar las debilidades y fortalezas del proyecto.
Durante el periodo vacacional, debido a la alta rotación de personal, se impartió de forma programada un curso de actualización para todo el personal de la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a que no se ha podido concluir el proyecto, los resultados del mismo se mostrarán en la memoria 2.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La dificultad de crear una base de datos adecuada y específica para las necesidades de nuestro estudio, así como la dificultad en la homogeneización de criterios en la recogida de las variables demandadas para el estudio, por parte de todo el personal. Todo ello es debido, a que va a ser la primera vez que se realiza una exportación de datos de estas características.

7. OBSERVACIONES.

En el momento que se dé por finalizado la reestructuración del programa informático se iniciará la recogida de datos de acuerdo al proyecto presentado.
Independientemente de la imposibilidad de la recogida de datos se ha seguido trabajando en la formación del personal y en los cuidados de los pacientes según el protocolo UPPZERO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/43 ===== ***

Nº de registro: 0043

Título
UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

Autores:
ROY JIMENEZ MARIA, RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN, ROYO MARTINEZ MARIA, FERNANDEZ ABAD NURIA, CASANOVA CARTIE NATALIA, VILLABONA RESANO MARIA JULIA, SERON ARBELOA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología que lleve a un paciente a ingresar en UCI
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Prevención/disminución del evento adverso: Úlceras por presión en UCI-PC.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

PROBLEMA

Pese a que la aparición de las úlceras por presión (UPP) se puede prevenir, no es infrecuente la aparición de este tipo de heridas en los pacientes ingresados, especialmente si éstos se encuentran en estado crítico o si su enfermedad supone un alto grado de inmovilidad.

Este es el caso de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca, donde los que se complican, con Norton menor o igual a 14, permanecen en unas circunstancias en las que el riesgo se ve aumentado ya

que han sufrido una intervención quirúrgica grave y están tratados, generalmente, con medicamentos vasoactivos, que disminuyen la perfusión periférica.

Por otro lado, no es posible la aplicación de los protocolos de prevención utilizados en otras unidades del hospital, puesto que la mayoría de nuestros pacientes, que presentan una esternotomía reciente, tienen contraindicados los cambios posturales en decúbito lateral y, por el contrario, indicada la posición de semi-Fowler

a 35°, lo que dificulta el alivio de la presión en las zonas de mayor riesgo de padecer úlceras por presión.

Sin embargo, la confianza en que es posible adecuar los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes y sus condiciones reales, nos lleva a analizar la situación de estos pacientes y a aplicar todas las medidas posibles de prevención, personalizadas de una manera sistemática y organizada.

Esta sistemática de trabajo incluye:

- La formación y motivación del personal de enfermería implicado.
- La elaboración de un protocolo de prevención exclusivo para pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca que incluya:
 - o La valoración continua del riesgo de los pacientes ingresados.
 - o La adecuación de las medidas de prevención disponibles al riesgo real de cada paciente.
 - o El registro estandarizado de las acciones llevadas a cabo

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar al personal de enfermería en relación a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Mejorar el diagnóstico diferencial de las úlceras por presión con otro tipo de lesiones asociadas a la dependencia.
- Disminuir la variabilidad en la aplicación de medidas preventivas frente a las úlceras por presión.
- Disminuir la incidencia de úlceras por presión originadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Vigilar el estado nutricional de los pacientes con riesgo, como factor clave en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

MÉTODO

- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Grupo de trabajo.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Grupo de trabajo.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: Grupo de trabajo.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algoritmo de prevención: Grupo de trabajo.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Grupo de trabajo

INDICADORES

- Número de Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería formadas en úlceras por presión.
- Existe un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Porcentaje de pacientes de riesgo a los que se ha realizado un control nutricional semanal.
- Existen un registro informático adecuado para el seguimiento de las medidas preventivas y del tratamiento las lesiones

DURACIÓN

- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Septiembre-Octubre 2016.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Octubre 2016.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: A partir de Noviembre de 2016.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algoritmo de prevención: Noviembre 2016.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Último trimestre de 2016 y primer trimestre de 2017.
- Evaluación del proyecto: Mayo 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ROY JIMENEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN
ROYO MARTINEZ MARIA
FERNANDEZ ABAD NURIA
CASANOVA CARTIE NATALIA
VILLABONA RESANO MARIA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de 3 cursos-talleres sobre prevención, identificación, valoración y tratamiento de Úlceras por presión y Lesiones por humedad, para el personal de enfermería, en el aula de docencia de la Unidad. El total de asistentes fue de 46 profesionales.
 - Información y sensibilización, al personal médico de la unidad, de la necesidad de valorar el estado nutricional de nuestros pacientes para prevenir y/o mejorar la evolución de las lesiones por presión.
 - Creación de un Algoritmo de prevención de Úlceras por presión, que está presente en la unidad, para consulta de todo el equipo, en forma de póster.
 - Realización de un póster en DINA-4 de la Escala Norton Modificada, que se ha colocado en cada uno de los boxes de los pacientes, para que el personal de enfermería lo pueda consultar cuando realiza la valoración con dicha escala.
 - Modificación del documento de Registro de UPP en el que se incluye la escala PUSH para evaluar la evolución de las lesiones.
 - Modificación del documento de Prevención de UPP.
- Todas las actividades se han realizado dentro del calendario previsto.

* Los documentos que mencionamos, se han enviado al correo facilitado: javierquintin@gmail.com

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería formadas en úlceras por presión en 2016.
FECHA DE REALIZACIÓN: Marzo 2016 Tarde / N° ASISTENTES: 19
FECHA DE REALIZACIÓN: Noviembre 2016 Mañana / N° ASISTENTES: 17
FECHA DE REALIZACIÓN: Noviembre 2016 Tarde / N° ASISTENTES: 10
- Existe un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
Sí. Se adjuntará al correo (*).
- Se realizan controles nutricionales, semanales, a los pacientes con riesgo
Del total de pacientes con un Norton < 14 (82) se realiza el estudio nutricional para aplicar la escala CONUT a 49 pacientes. Por lo tanto se le ha realizado al 60% de los pacientes.
- Existen documentos de registro que estandarizan las medidas preventivas y el seguimiento de las lesiones.
Sí. Se adjuntará al correo (*).

Los resultados obtenidos se han ajustado todos a los estándares marcados; se han realizado los cursos de formación planeados, se ha creado un algoritmo preventivo y se han modificado todos los registros informáticos del CARE relacionados con UPP. Los estudios nutricionales, a pesar de no estar en nuestras manos la petición analítica, se han realizado en un 60% de los pacientes.
La fuente de la que se han obtenido todos los datos, es el programa informático que se utiliza en la UCI llamado CARE.

* Los documentos que mencionamos, se han enviado al correo facilitado: javierquintin@gmail.com

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Destaca el alto porcentaje de profesionales que han mostrado interés recibiendo la formación realizada con tal fin.

Esa formación ha incidido muy positivamente en su motivación e involucración en la consecución de los objetivos del proyecto.

Pese a no disponer de un registro numérico, la percepción sobre el número total de lesiones ha disminuido. Así mismo, cabe destacar que la severidad de las lesiones ha descendido de tal forma que únicamente han aparecido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

lesiones de grado I y II, desapareciendo las más severas, de grado III y IV.

Dado que el personal de enfermería de la UCI varía frecuentemente, consideramos que sería necesario repetir la formación de forma periódica, sobre todo en los periodos en los que abunda el personal de nueva incorporación, como son los periodos vacacionales. En este sentido, existe el compromiso por parte de las autoras de este proyecto de continuar impartiendo la formación.

7. OBSERVACIONES.

* Los documentos que mencionamos, se han enviado al correo facilitado: javierquintin@gmail.com

*** ===== Resumen del proyecto 2016/43 ===== ***

Nº de registro: 0043

Título

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

Autores:

ROY JIMENEZ MARIA, RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN, ROYO MARTINEZ MARIA, FERNANDEZ ABAD NURIA, CASANOVA CARTIE NATALIA, VILLABONA RESANO MARIA JULIA, SERON ARBELOA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología que lleve a un paciente a ingresar en UCI
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)

Otro Enfoque.....: Prevención/disminución del evento adverso: Úlceras por presión en UCI-PC.

PROBLEMA

Pese a que la aparición de las úlceras por presión (UPP) se puede prevenir, no es infrecuente la aparición de este tipo de heridas en los pacientes ingresados, especialmente si éstos se encuentran en estado crítico o si su enfermedad supone un alto grado de inmovilidad.

Este es el caso de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca, donde los que se complican, con Norton menor o igual a 14, permanecen en unas circunstancias en las que el riesgo se ve aumentado ya

que han sufrido una intervención quirúrgica grave y están tratados, generalmente, con medicamentos vasoactivos, que disminuyen la perfusión periférica.

Por otro lado, no es posible la aplicación de los protocolos de prevención utilizados en otras unidades del hospital, puesto que la mayoría de nuestros pacientes, que presentan una esternotomía reciente, tienen contraindicados los cambios posturales en decúbito lateral y, por el contrario, indicada la posición de semi-Fowler

a 35°, lo que dificulta el alivio de la presión en las zonas de mayor riesgo de padecer úlceras por presión. Sin embargo, la confianza en que es posible adecuar los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes y sus condiciones reales, nos lleva a analizar la situación de estos pacientes y a aplicar todas las medidas posibles de prevención, personalizadas de una manera sistemática y organizada.

Esta sistemática de trabajo incluye:

- La formación y motivación del personal de enfermería implicado.
- La elaboración de un protocolo de prevención exclusivo para pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca que incluya:
 - o La valoración continua del riesgo de los pacientes ingresados.
 - o La adecuación de las medidas de prevención disponibles al riesgo real de cada paciente.
 - o El registro estandarizado de las acciones llevadas a cabo

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar al personal de enfermería en relación a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Mejorar el diagnóstico diferencial de las úlceras por presión con otro tipo de lesiones asociadas a la dependencia.
- Disminuir la variabilidad en la aplicación de medidas preventivas frente a las úlceras por presión.
- Disminuir la incidencia de úlceras por presión originadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Vigilar el estado nutricional de los pacientes con riesgo, como factor clave en la prevención y tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

de las úlceras por presión.

MÉTODO

- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Grupo de trabajo.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Grupo de trabajo.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: Grupo de trabajo.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algoritmo de prevención: Grupo de trabajo.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Grupo de trabajo

INDICADORES

- Número de Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería formadas en úlceras por presión.
- Existe un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Porcentaje de pacientes de riesgo a los que se ha realizado un control nutricional semanal.
- Existen un registro informático adecuado para el seguimiento de las medidas preventivas y del tratamiento las lesiones

DURACIÓN

- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Septiembre-Octubre 2016.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Octubre 2016.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: A partir de Noviembre de 2016.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algoritmo de prevención: Noviembre 2016.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Último trimestre de 2016 y primer trimestre de 2017.
- Evaluación del proyecto: Mayo 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0261

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN PABLO GARCIA IÑIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES
MADURGA REVILLA PAULA
FUERTES ARAGÜES ELENA
LIPE CLARES MARIA MAR
ROYO LUCIA ANA JESUS
MARTIN RUIZ ANA ISABEL
GIL HERNANDEZ IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- En diciembre de 2016 se finalizó con éxito la realización de toda la documentación de los procesos que se realizan en la Unidad: Disponemos de un Procedimiento General Complementario, 8 Procedimientos Operativos, 49 Instrucciones Técnicas, 50 Formatos y 6 Procedimientos Generales de Soporte.
- El 20 de marzo de 2017 se superó la auditoría interna.
- El 29 de marzo se realizó la Revisión por la Dirección.
- El 21 de abril de 2017 se superó la auditoría externa realizada por la empresa Bureau Veritas.
- Con fecha de 17 de junio de 2017 se obtuvo satisfactoriamente la ACREDITACIÓN DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001.
- En la actualidad estamos en proceso de reacreditación habiendo superado la auditoría interna con fecha de 7 de febrero de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 17 de junio de 2017, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza está oficialmente acreditada en la NORMA UNE-EN ISO 9001.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La plantilla de la Unidad, tanto médicos, DUEs y TCAEs están plenamente convencidos de la conveniencia de trabajar en un sistema de gestión por procesos y basado en la Calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/261 ===== ***

Nº de registro: 0261

Título
IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO, DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES, MADURGA REVILLA PAULA, FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA, LIPE CLARES MARIA MAR, ROYO LUCIA ANA JESUS, MARTIN RUIZ ANA ISABEL, GIL HERNANDEZ IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Las que requieran ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el año 2007, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Infantil Miguel Servet de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0261

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Zaragoza dispone de un grupo de mejora de Calidad Asistencial. Desde entonces, el grupo se ha mantenido vigente celebrando reuniones trimestrales, solucionando problemas según su aparición y realizando, todos los años, 2 líneas de mejora de calidad.

Creemos que éste es el momento de dar un paso más en la apuesta de esta Unidad por la Calidad Asistencial. Por ello, gracias al apoyo y visto bueno de la Unidad de Calidad Asistencial, al del Jefe de Servicio de Pediatría y a la Dirección del Centro, queremos comenzar este año el proceso para que nuestra Unidad reciba la certificación en Calidad UNE-EN ISO 9001.

RESULTADOS ESPERADOS

El resultado que se espera obtener al finalizar el proceso es que la Unidad reciba la certificación UNE-EN ISO 9001 en junio de 2017.

MÉTODO

Guiados por la Unidad de Calidad del Centro (UCA) compuesta por Juan Ramón García Mata, Víctor Manuel Solano Bernad y Marisa Vela Marquina, disponemos de un equipo humano ilusionado y estable en el que están representados diferentes estamentos de la Unidad.

Los principales responsables del grupo de trabajo son Juan Pablo García Iñiguez (Responsable de Calidad de UCIP), María Mercedes Domínguez Cajal (FEA), Paula Madurga Revilla (FEA), María Elena Fuertes Aragüés (Supervisora de Enfermería) y María Mar Lipe Clarés (Supervisora de Enfermería).

El proceso estará dirigido por la UCA con reuniones semanales/quincenales con los principales responsables del grupo de trabajo. En estas reuniones, la UCA expondrá líneas de trabajo y tareas a realizar que se realizarán por el equipo de la Unidad y serán corregidos en las siguientes reuniones.

INDICADORES

El principal Indicador será la obtención de la certificación UNE-EN ISO 9001 por parte de la Unidad.

Como otros Indicadores se establecen:

- Documentación de los procesos finalizada.
- Superación de Auditoría interna.
- Visto bueno de la Dirección.
- Superación de Auditoría externa por empresa especializada.

El seguimiento será realizado directamente por la UCA y por los responsables principales del proyecto en las citadas reuniones.

DURACIÓN

El objetivo final es recibir la certificación UNE-EN ISO 9001 en junio de 2017. Evidentemente, una vez recibida la acreditación, el grupo de trabajo seguirá activo con el objetivo de mantener y mejorar dicha acreditación año a año.

El calendario establece los siguientes puntos intermedio antes de la obtención de la acreditación:

- Diciembre de 2016. Fecha límite para tener escrita toda la documentación de los procesos.
- Febrero/Marzo de 2017. Auditoría interna.
- Abril/Mayo 2017. Visto bueno de la Dirección.
- Junio 2017. Auditoría externa por empresa especializada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0052

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE VICTOR SOLANO BERNAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARCELONA TRIVEZ ANA
JUSTA ROLDAN MARIA LUISA
ROYO CRESPO IGNACIO
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO
LANZUELA VALERO MANUELA
SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Septiembre 2016: Se entrega memoria unificada pediatria (año 2015)
Octubre 2016: Se entrega itinerario-guía 2016 unificado
Las EIR asisten a la sesión diaria
Se ha planificado y realizado sesión docente conjunta
Las EIR participan en los casos clínicos semanales
Las tutoras EIR forman parte de subcomisiones de trabajo
Enero 2017: Existencia calendario de sesiones hospitalarias para 2017=SI

Enero 2017: Sesiones hospitalarias realizadas en 2016=6

Marzo 2017: Auditoria interna realizada el 15 de Marzo de 2017

Revisión por la dirección realizada el 30 de Marzo de 2017

Junio 2017: Sesiones hospitalarias realizadas en 2017=5

Junio 2017: Programa de auditorías internas aprobado = SI

Septiembre-Diciembre 2017: En todas las comisiones de docencia se realiza el seguimiento de la documentación necesaria para el desarrollo del proceso formativo de posgrado.

Septiembre 2017: Se entrega itinerario-guía 2017 unificado

Noviembre 2017: Se entrega memoria unificada pediatria (año 2016)

Diciembre 2017: Revisión No Conformidades SGC

Diciembre 2017: Registro actividades formativas tutores

Diciembre 2017: Sesiones hospitalarias realizadas en 2017=8

Diciembre 2017: Número de auditorías internas realizadas = 0

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Objetivos año 2017 establecidos en Enero de 2017

- Auditoria interna y revisión por la dirección realizadas de acuerdo con lo previsto

- La certificación ISO 9001 se mantiene tras la auditoría externa de Mayo de 2017. No se detectan desviaciones menores ni mayores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los objetivos, con sus actividades asociadas para lograrlos, se han conseguido con la implicación de todos los miembros que participan en el proceso formativo. No obstante, existen dos aspectos pendientes:

a) Escasa participación de los tutores en la oferta formativa, salvo en las Jornadas de tutores, que tienen el inconveniente de no ser anuales.

b) No se ha desarrollado el programa de auditorías internas, al estar suspendido el programa de auditorías externas docentes del ministerio. No ha afectado al resultado de la certificación, pero debería retomarse en caso de constatar la previsión de una auditoría docente.

- La certificación ISO 9001 constituye un instrumento de mejora imprescindible para mantener la excelencia en el proceso formativo de posgrado hospitalario.

- Esta certificación puede mantenerse en el tiempo e incluso replicarse en otras comisiones de docencia de la Comunidad Autónoma.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0052

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/52 ===== ***

Nº de registro: 0052

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

Autores:
SOLANO BERNAD VICTOR MANUEL, BARCELONA TRIVEZ ANA, JUSTA ROLDAN MARIA LUISA, JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES, ROYO CRESPO IGNACIO, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, LANZUELA VALERO MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: N/A
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proceso de docencia de posgrado (Comisión de Docencia) del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente descritos y documentados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores de calidad que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
Nuestro planteamiento es mantener la certificación, abordando las oportunidades y deficiencias detectadas en las auditorias (interna y externa) y la revisión por la dirección

RESULTADOS ESPERADOS
Tras el análisis de los objetivos de calidad del año 2015, el cuadro de mandos y los resultados de las auditorias (docentes y del sistema de calidad), así como la revisión por la dirección de 2016, se plantean las siguientes objetivos de mejora:

- Implantar sesiones clinicas generales.
 - Garantizar el cumplimiento de los requisitos para el desarrollo del proceso formativo de postgrado
 - Desarrollar adecuadamente las acciones correctivas definidas en las NC abiertas
 - Fomentar la existencia de más tutores acreditados, así como el nombramiento de tutores de apoyo en unidades docentes con tutor único
 - Incluir trimestralmente en el programa formativo los cursos propuestos a los tutores, registrando como evidencia el correo con la propuesta.
 - Registrar semestralmente los tutores asistentes a los mismos, así como la evaluación del curso.
 - Elaborar el itinerario-guía del 2016 y 2017 de la UDM Pediatría unificando actividades de médicos y enfermeras.
- Se elaborará la memoria de 2015 recogiendo las actividades docentes de ambos colectivos.

MÉTODO
- Se utilizará toda la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua, revisada mensualmente a través de la Comisión de Docencia.
- Se establecerán como objetivos para el año 2017 las áreas de mejora detectadas a través de las auditorias y los resultados de los indicadores del cuadro de mandos

INDICADORES
1. Existencia calendario de sesiones hospitalarias para 2017 (S/N)
a. Fecha prevista: Octubre 2016
b. Responsable: JA Domingo, MA Javierre
2. Sesiones hospitalarias realizadas en 2016 (N=6)
a. Fecha prevista: Marzo-Diciembre 2016
b. Responsable: JA Domingo, MA Javierre
3. Programa de auditorías internas aprobado (S/N)
a. Fecha prevista: Septiembre 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0052

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

- b. Responsable: V Solano, I Royo, AP Soriano
- 4. Número de auditorias internas realizadas (N=3)
- a. Fecha prevista: Octubre-Noviembre 2016
- b. Responsable: V Solano, ML Justa, M Lanzuela.
- 5. Registro correcto de actividades formativas realizadas por tutores en el F12_CD (S/N)
- a. Fecha prevista: Diciembre 2016
- b. Responsable: A Barcelona
- 6. Documentación única de la UDM Pediatría, integrando las actividades de médicos y enfermera (S/N)
- a. Fecha prevista: Diciembre 2016
- b. Responsable: ML Justa

DURACIÓN

Evaluacion objetivos SGC 2016: Diciembre 2016
Establecimiento objetivos SGC 2017: Enero 2017
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0858

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DEL SECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE EVA GALVEZ ALVAREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE FORMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONREAL HIJAR ANTONIO
ASCASO MARTORELL MARIA
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
BALFAGON ROMEO MARIA
BARCELONA TRIVEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Formación en la versión 2015 de la norma ISO 9001: En diciembre de 2016 participamos en el curso sobre la nueva versión de la norma la responsable de calidad y una administrativo de la Unidad: Explicamos al equipo en qué va a consistir la adaptación a la nueva versión en Comisión de Formación continuada.

- Revisión de la documentación y adaptaciones pertinentes a la versión 2015 progresivamente, y hasta tenerlo preparado en 2018, como exige la norma, pero el contexto actual de creación de una nueva unidad que incluirá las áreas de Innovación, Calidad y Formación supone una reestructuración total que no soporta el mantenimiento de nuestro SGC .

- Preparación para la auditoría interna de 2017. Auditoría interna superada

- Preparación para la auditoría externa de 2017. Auditoría externa superada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Superada Auditoría Externa en 2017

Por indicación de la Gerencia del Sector II, se conforma una nueva unidad de Innovación, Calidad y Formación, en la que aún desconocemos si se va a poder mantener algo de la anterior estructura. Por tanto, en 2018 consideramos que no tiene sentido mantener el SGC en una unidad que, o bien desaparece, o se modifica su estructura notablemente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Unidad de Formación y Desarrollo Profesional ha obtenido la certificación ISO 9001:2008 durante los años 2015, 2016 y 2017, apreciando una franca mejora en la gestión de calidad de la Formación. Sentimos enormemente no poder continuar con la misma en la ya antigua Unidad de Formación y Desarrollo Profesional del Sector Zaragoza II

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/858 ===== ***

Nº de registro: 0858

Título

CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DEL SECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015

Autores:

GALVEZ ALVAREZ EVA, MONREAL HIJAR ANTONIO, ASCASO MARTORELL MARIA, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, BALFAGON ROMEO MARIA, BARCELONA TRIVEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: formación en diferentes estrategias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0858

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DEL SECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidad de Formación y Desarrollo profesional del Sector Zaragoza II se halla certificada según la norma ISO 9001:2008 desde mayo de 2015.

La nueva versión ISO 9001:2015 se publicó el 23 de septiembre de 2015. Ahora es necesario comenzar con los trabajos de transición.

La nueva ISO 9001 2015 trae cambios muy importantes, aunque el más destacado es la incorporación de la gestión del riesgo o el enfoque basado en riesgos en los Sistemas de Gestión de la Calidad. Aunque es una técnica normalmente aplicada en las organizaciones hasta ahora no estaba alineada con el SGC.

La norma ISO 9001 versión 2015 ya puede ser implantada en una organización, aunque existe un periodo de transición de 3 años.

Es muy importante no dejar todo el trabajo para el final del citado periodo, pues puede ponerse en riesgo el certificado de calidad de la organización.

En septiembre de 2018 los certificados de ISO 9001:2008 ya no serán válidos

RESULTADOS ESPERADOS

? Adaptación del actual sistema de gestión de la calidad a la nueva versión ISO 9001:2015, fundamentalmente en los aspectos: 4. Contexto de la organización 6. Planificación y 9. Evaluación del desempeño

? Recertificación en 2017.

MÉTODO

Fase I: Formación en la versión 2015 de la norma ISO 9001

Fase II: Revisión de la documentación y adaptaciones pertinentes:

Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades.

El objetivo que se persigue es asegurar que el Sistema de Gestión de la Calidad funciona de forma correcta y que se obtienen todos los resultados que se esperan, además se tiene que realizar una planificación de las acciones que harán frente a todos los riesgos y las oportunidades.

La gestión del riesgo planteada sustituye a la que se han conocido hasta ahora cómo acciones preventivas. La norma ISO 9001:2015 no establece la metodología que se debe utilizar para identificar, analizar y evaluar todos los riesgos ligados a procesos. Para reducir o eliminar todos los fallos que derivan de los riesgos se gestionarán de una manera proactiva.

Fase III: Preparación para la auditoría interna de 2017

Fase IV: Preparación para la auditoría externa de 2017

INDICADORES

Recertificación: Si/No

Indicadores CG 2016

DURACIÓN

Fase I: noviembre - diciembre de 2016

Fase II: diciembre de 2016 - febrero de 2017

Fase III: abril de 2017

Fase IV: mayo - junio de 2017

OBSERVACIONES

Certificación ISO 9001:2008 de la Unidad de Formación del Sector Zaragoza II desde mayo de 2015.

Superadas sendas auditorías internas: 2015 y 2016

Cumplimiento de Contratos de Gestión anuales (>95%)

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1134

1. TÍTULO

FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES DE TORRES AURED
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD FUNCIONAL DE DIETETICA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ MOLINA CONSUELO
FRANCES PINILLA MARINA
VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN
GOMEZ JULIAN CRISTINA
LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-7 Reuniones en la práctica, para ir introduciendo en la herramienta OMI de AP los parámetros necesarios para la introducción informática de los items utilizados en el cribado nutricional del paciente en riesgo de desnutrición.
-Entrega a la Coordinadora Asistencial de Enfermería del Departamento, para su conocimiento e implementación.
-Presentación a las direcciones de Enfermería del HUMS, y a las de AP de los Sectores Zaragoza 1,2,3,
-Presentación a profesionales en la 9ª Jornada Aragonesa de Nutrición, con una buenísima acogida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-El resultado de la primera parte del proyecto presentado, ha sido muy bien recibido entre la enfermería de los CS, aunque por ser la primera parte no se ha hecho evaluación numérica. Esta parte es imprescindible para obtener el objetivo principal que es la Formación y ejecución del Cribado nutricional en AP, paso previo para cerrar el circuito AP-Hospital-Alta hospitalaria-AP.
-El método de obtención de parámetros y la fuente, ha sido la adaptación de lo existente para pie diabético y para seguimiento de la diabetes, en el OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Se ha conseguido adaptarlo sin que el Departamento haya de invertir ni un euro en la obtención de nuevas licencias para ampliación del OMI.
-Este sistema de adaptación sin costo, se ha diseñado para el OMI, pero con vistas a poder ser introducido del mismo modo en la futura historia electrónica lo que lo convierte en un sistema sostenible en su totalidad.

7. OBSERVACIONES.

Nuestro propósito es prorrogar este Proyecto de formación en cribado nutricional, al menos un año más hasta completar el circuito.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1134 ===== ***

Nº de registro: 1134

Título
FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

Autores:
DE TORRES AURED MARIA LOURDES, PEREZ MOLINA CONSUELO, FRANCES PINILLA MARINA, VIÑAS VIAMONTE CARMEN, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR, GOMEZ JULIAN CRISTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La DRE puede ser transversal a cualquier patología, incluso patología en sí misma
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1134

1. TÍTULO

FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es uno de los problemas de salud que más encarece la atención a todos los SNS. De hecho, la CE ha planteado a los Estados miembros, que se arbitren fórmulas para paliar la DRE, tanto de prevención como de atención de manera que en 2025 la DRE sea prácticamente 0. El papel de la enfermera es vital en la prevención y/o seguimiento de la DRE debido a que los sistemas de cribado son parte esencial de las intervenciones y cuidados enfermeros. Aprovechando que la coordinadora de este grupo de mejora, es miembro de la Junta de Gobierno de la Alianza másnutridos (como delegada del Consejo General de Enfermería) e integrante de la Delegación Española en la Alianza Europea, hemos visto la oportunidad de mejora de la formación enfermera en el cribado nutricional, como contribución de esta Comunidad a la Lucha contra la DRE. Además, este Departamento de Sanidad actual, apuesta por la consolidación de las intervenciones enfermeras y por todos los aspectos de la nutrición.

RESULTADOS ESPERADOS

Dado que contamos con la implicación y colaboración activa de las tres direcciones de enfermería de AP de los Sectores I-II-III, así como con las de los hospitales Royo Villanova y Universitario Miguel Servet, se espera llegar a que el 80% de las enfermeras de AP y el 80% de las enfermeras de Unidades claves hospitalarias, estén formadas en la metodología del cribado

MÉTODO

Para la formación, se utilizará el método de seminario teórico sobre la DRE (causas, síntomas y consecuencias); más un taller práctico corto, en el manejo de los test de cribado MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) y MNA-SF (Mini-Nutritional Assessment Short Form). De esta manera, las enfermeras estarán adiestradas en cómo deben explicar al paciente las características e importancia de la valoración nutricional, así como sus consecuencias en la mejora de calidad de vida.

La coordinadora de este proyecto será la responsable de la primera formación a los miembros del equipo (formador de formadores) para que sean las enfermeras formadas, junto con alguna del grupo, las que vayan expandiendo la metodología al resto de compañeras de cada CS. Las dos enfermeras de hospital, serán las encargadas de la formación sucesiva de la enfermería de sus respectivos centros.

Todas las sesiones de formación estarán debidamente acreditadas por la CFC.

INDICADORES

El indicador a medir, es la aplicación correcta del manejo de cada una de los dos test de cribado elegidos, para población adulta (MUST) y población anciana (MNA-SF).

Evaluación: Mensualmente la coordinadora del grupo de mejora de la calidad, recibirá la cuantificación de test que se han hecho en cada CS con un resumen de las situaciones de DRE encontradas.

Seguimiento: Trimestralmente la coordinadora del grupo de mejora, presentará en la Dirección General de Asistencia Sanitaria (en la sección que se le indique al efecto) los resultados de situaciones de DRE encontradas y cuál ha sido la deriva de ese paciente.

Trimestralmente, habrá reunión del grupo, para la puesta en común y seguimiento del proyecto.

DURACIÓN

Este proyecto es un modelo para la implementación generalizada -entre la enfermería aragonesa- de la metodología del cribado, hasta que seamos capaces de detectar la DRE en el 95%. En este primer año se pondrán en marcha todos los métodos de formación detallados ut supra con el calendario descrito en el apartado 7).

OBSERVACIONES

El planteamiento de este proyecto, es que tenga continuidad al menos dos-tres años más, hasta que el objetivo esté cumplido y la valoración nutricional al ingreso en el hospital, o la aplicación del cribado nutricional en pacientes en riesgo, sea una herramienta más dentro de las intervenciones enfermeras de AP.

Este trabajo se centra en ancianos, institucionalizados o no, pero también en adultos con riesgo de desnutrición.

Antigua línea: Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 30/01/2018

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.
 HERRER CASTEJON ANA
 GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS
 GARCIA SERRANO CONCEPCION
 BOSQUE MORENO ANA ISABEL
 PLANA FERNANDEZ BLANCA
 MARRON TUNDIDOR RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto de implantación de reevaluación protocolizada, de pacientes triados a la espera del inicio de la asistencia, en el SUH del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, se realizó a propuesta del Grupo de Mejora de Triage del mismo.

Esta implantación, se encontraba entre los objetivos iniciales del Grupo, tras su recuperación y puesta de nuevo en marcha, en el año 2015.

Para poder llevar a cabo la reevaluación, ya hemos comentado la necesidad de que esté dotada de personal. Así pues, se aprovechó la consolidación en el servicio como estructural, de una plantilla eventual, para asignar a ese puesto de enfermería la reevaluación, lo cual nos permitiría, por una parte, tener asegurado su desarrollo durante 24/7/365 y por otra evitar que esa nueva plantilla estructural, al carecer de funciones definidas y ser considerada sólo de apoyo, en periodos con menor carga asistencial, fuese movilizaba para realizar otras funciones por el resto del hospital.

Una vez asegurada la dotación de personal, el siguiente paso fue definir a qué pacientes, cuándo, cómo y dónde se iba a reevaluar.

Nuestro SUH, está distribuido en cuatro áreas de asistencia principales, más otras cuatro de derivación a especialistas.

Las áreas principales con los niveles de triaje admitidos y sus porcentajes de derivación (en 2015) son:

- VITALES (VT): niveles I y II, de compromiso vital y asistencia inmediata
- BOXES GENERAL (BG): niveles II, III y IV de medicina interna y cirugía general
- BOXES TRAUMA (BT): niveles II, III, IV y V de patología traumática, neuroquirúrgica y cirugía plástica
- CONSULTA AMBULATORIA (CA): III, IV, y V de patología leve

n=	123139	%	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV	NIVEL V
VT	3	12,76	84,13	2,91			
BG	39		34,74	57,58	7,17	0,49	
BT	27		12,92	64,44	21,900,73		
CA	20		48,74	47,04	3,92		

Tras analizar la demora habitual de la asistencia de nuestros pacientes, se decidió reevaluar sólo a aquellos derivados a BG y a los que se asignase un nivel III de la CA, al considerar que la enfermera de triaje, ya había descartado la posibilidad de complicación durante la espera de los niveles IV y V derivados a esa área. Los pacientes derivados a VT son asistidos inmediatamente a la llegada y en los derivados a BT con complicaciones potenciales (fracturas desplazadas, luxaciones o quemaduras graves), no se evidenció demora en su asistencia. Como los tiempos de reevaluación aconsejados por el SET son:

- Nivel I: Han de recibir cuidados de enfermería continuamente.
- Nivel II: Reevaluación cada 15 minutos.
- Nivel III: Reevaluación cada 30 minutos.
- Nivel IV: Reevaluación cada 60 minutos.
- Nivel V: Reevaluación cada 120 minutos.

Con nuestra huella digital y la demora en la asistencia de ese momento, siguiendo la recomendación del SET, habría supuesto realizar una primera reevaluación en las áreas seleccionadas a los siguientes porcentajes de pacientes derivados:

1ª REEVALUACIÓN	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
BG	45,90	52,40	33,45
CA	44,90		

Y a una segunda reevaluación a:

2ª REEVALUACIÓN	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
BG	18,18	30,48	13,97
CA	24,88		

Como se puede observar, haber seguido literalmente la recomendación de reevaluación del SET, habría supuesto una carga de trabajo para la enfermera de reevaluación imposible de asumir, que, por ejemplo, en el nivel III de BG, sumando la primera y segunda reevaluación, alcanzaría más del 80% de pacientes de esa área.

Por ello, se decidió comenzar la reevaluación, con una adaptación de la recomendación propuesta por el SET, con el compromiso de, una vez conseguido el objetivo simultáneo de adecuar nuestra huella digital al grado de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

urgencia real de los pacientes que nos visitan, intentar acercarnos a la recomendación original del SET. Por último, se definió donde realizar la reevaluación, dependiendo esto de la movilidad de los pacientes; si podían desplazarse ellos, se reevaluaría en el cuarto box de triaje (con, generalmente, menor ocupación) y si estaban en camilla o silla, se haría a pie de camilla/silla en la propia sala de espera. Todos los SUH de la red SALUD, trabajamos con un programa de historia clínica electrónica, denominado Puesto Clínico Hospitalario (PCH), cuyo mantenimiento se realiza por un departamento específico, dentro de Gestión de Proyectos Integrados, a través de la empresa EVERIS. Debido a la cantidad de pacientes esperados a reevaluar, se solicitó una modificación del programa, consistente en una ayuda que cambiaría de color la grafía de los pacientes en el panel general, cuando hubiese llegado el tiempo subsidiario de realizar la reevaluación para cada nivel, consistente en:

- Cambiar el color de la fila del paciente a reevaluar por enfermería a MAGENTA, que se activaría en aquellos pacientes en los que, una vez transcurrido el tiempo designado para cada nivel, no hubiese comenzado la asistencia ningún facultativo. Se aplicó para los niveles de gravedad II, III y IV.
- Cambiar el color de la fila del paciente a reevaluar por segunda vez por enfermería y/o facultativo responsable a AZUL, que se activaría en aquellos pacientes en los que, una vez transcurrido el tiempo designado para cada nivel, no hubiese comenzado la asistencia ningún facultativo. Se aplicaría para los niveles de gravedad II, III y IV.

- Ejecutar el sobretriaje automático, consistente en subir automáticamente al nivel IV a los pacientes con nivel V que, transcurrido el tiempo designado, no hubiese comenzado la asistencia médica, cambiando además el color de la fila a AZUL.

También se incluyó una nueva pantalla para registrar la reevaluación de los pacientes, que incluía constantes vitales un acceso al web e-PAT y un cuadro de texto libre.

Por último, se creó dentro del módulo estadístico de PCH, un apartado de triaje/reevaluación para facilitar la explotación de los datos.

Los tiempos de reevaluación finalmente adoptados y los responsables de su realización fueron:

- 1ª REEVALUACIÓN (ENFERMERA DE REEVALUACIÓN Y CA): magenta
- Nivel II: Reevaluación a los 30 minutos de finalizado el triaje inicial (SÓLO EN EL ÁREA DE BOXES; EN EL AREA AMBULATORIA NO HAY II)
 - Nivel III: Reevaluación a los 90 minutos de finalizado el triaje inicial
 - Nivel IV: Reevaluación a los 150 minutos de finalizado el triaje inicial (SÓLO EN BG)
 - Nivel V: Aviso de demora a los 210 minutos de finalizado el triaje inicial (no se realiza reevaluación sistemática)

Una vez registrada la reevaluación, los pacientes vuelven al color original que tienen en el panel general que es el negro.

2ª REEVALUACIÓN (ADJUNTO Y ENFERMERA RESPONSABLES DEL EQUIPO): azul

- Nivel II: Reevaluación a los 60 minutos de finalizado el triaje inicial
- Nivel III: Reevaluación a los 180 minutos de finalizado el triaje inicial.
- Niveles IV: Aviso de demora a los 210 minutos de finalizado el triaje inicial (no se realiza reevaluación de manera sistemática)

Los pacientes que cambian a color azul, permanecen con él, aunque se registre la reevaluación, como alerta de haber excedido todos los tiempos recomendados, debiendo entender todo el personal, que la atención a ese paciente debe priorizarse, por delante incluso de pacientes del nivel inmediatamente superior.

El proyecto se ha implementado en dos fases, la primera en Octubre de 2015, sin la ayuda informática en la que sólo se reevaluaban los niveles II de BG y la segunda en Mayo de 2016, ya con la adaptación de PCH, en la que se comenzaron a reevaluar el resto de pacientes propuestos.

Previa a la puesta en marcha, se realizó la difusión del proyecto, entre el personal de la unidad, dentro de las sesiones de formación continuada en triaje.

Asimismo, se incluyó el nuevo procedimiento en la actualización del "Manual de PCH para usuario enfermero", que se facilita al personal de nueva incorporación al servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la fase de evaluación del proyecto, se incluían como pacientes reevaluados a aquellos en los que, a pesar de no estar registrada la reevaluación, se había iniciado la asistencia en un breve espacio de tiempo (10 minutos para los niveles II y 15 minutos para los niveles III) tras activarse la ayuda a la reevaluación. Ya que se observó que, en una cantidad considerable de pacientes, la alerta se activaba mientras estaba esperando el inicio de la asistencia médica, una vez el paciente ya había sido llamado al box. Considerándose qué en estos pacientes al llamarse al box, ya se había reevaluado su estado físico, a pesar de no haberse registrado la reevaluación, por no ser subsidiarios todavía de realizarse.

Posteriormente se decidió suprimir la excepción realizada en el criterio de reevaluación de los niveles III, disminuyendo consiguientemente el estándar al 50 %, por considerarse más adecuado, para una primera fase de implantación de un proyecto y que carecía de interés realizar esta excepción para este tipo de episodios.

La evaluación se realizó mediante el estudio de la huella digital proporcionada por la propia aplicación y no se pudo iniciar hasta no estar implementada la estadística de reevaluación, en el módulo de gestión de datos de PCH. Por lo tanto, ésta comienza en Junio de 2016, continuando en la actualidad.

La reevaluación de los pacientes de nivel II en Boxes de HG ha alcanzado unos buenos niveles, superando en la mitad de los meses evaluados el estándar marcado, si bien hay que decir que en su mayor parte es debido a la excepción fijada en el propio indicador.

No obstante, y aun a pesar de este hecho, consideramos como positivos los niveles alcanzados, siendo deseable, eso si, invertir la dinámica y aumentar las reevaluaciones efectivamente realizadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

Es en la reevaluación de los niveles III de boxes en la parte del proyecto donde más satisfechos podemos encontrarnos, porque a pesar de no cumplir en todos los meses con el estándar propuesto en el indicador, cuando esto no se produce es por un pequeño porcentaje de pacientes, superando siempre la realización de la reevaluación el 40% de los episodios en los que era necesaria.

Podemos afirmar que en esta área el proyecto de implantación de la reevaluación en la consulta ambulatoria, ha fracasado totalmente. La reevaluación de los pacientes de nivel III, apenas se realiza, hasta llegar a ser prácticamente anecdótica su cumplimentación.

Hay que hacer constar las especiales características con las que cuenta la consulta ambulatoria, qué, sin lugar a duda, han influido en este fracaso.

En primer lugar, la reevaluación de pacientes, tal como se planteo en el proyecto, debe de ser realizada por enfermeras que realizan triaje de manera habitual, y por lo tanto con experiencia en el servicio. Ocurre que, al tratarse la consulta ambulatoria de un área asistencial de previsible menor complejidad, en no pocas ocasiones, se destina a ese puesto a enfermeras con menor experiencia en urgencias y que, por lo tanto, no realizan triaje, así que tampoco reevalúan a los pacientes y quedan sin ser reevaluados.

Por otra parte en la consulta ambulatoria, consideramos que existe un claro problema de sobretriaje de pacientes, motivado por muchas causas, entre las que se están, que se trata de un área en la que comparten su actividad asistencial facultativos de atención primaria (en un "punto de atención continuada") y facultativos del propio servicio de urgencias y no existe una clara directriz de que tipo de pacientes debe de atender cada uno (o en la mayoría de los casos no se cumple), lo que influye negativamente en la enfermera de triaje, que con buena voluntad para no colapsar al facultativo de atención primaria, pero de manera claramente errónea, acaba sobretriajeando a un alto número de pacientes, que serán subsidiarios finalmente de ser reevaluados cuando por su estado clínico no lo precisarían.

Por otra parte, se produce un efecto rebote, motivado por el obvio bajo ritmo de asistencia a pacientes de ciertos facultativos destinados a esa área, que eleva la necesidad de reevaluación y hacen que la enfermera se niegue a tener que reevaluar a un paciente, por el claro hecho de que el facultativo, que indiscutiblemente pudo iniciar la asistencia, antes de ser necesaria la reevaluación, no lo ha realizado.

Esta posición de la enfermera, aunque no sea defendible, pues su obligación es cumplir con el protocolo de la unidad, independientemente del resto del personal y además su realización, es una medida de seguridad para su propio trabajo, es en cierto modo entendible.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El número de pacientes susceptibles de ser reevaluados depende, tanto de los picos de demanda asistencial de éstos, como del nivel asignado, puesto que cuanto mayor es el nivel de triaje, antes es necesario ser reevaluado.

Por lo tanto, en los servicios en la que la huella digital muestra un sobretriaje (como es nuestro caso), aun cuando existe personal asignado a la reevaluación, resulta insuficiente para cumplir con los estándares calidad establecidos por los ST estandarizados, por su elevada exigencia, al estar desarrollados, de nuestro punto de vista, para una realidad diferente, a la del día a día de estos SUH con sobretriaje.

Consideramos muy importante a la hora de implementar una nueva actividad en la cartera de servicios de cualquier unidad, plantear objetivos los cuales sea posible lograr dentro de la actividad normal del servicio, de poco sirve marcarse altas metas, si antes de finalizar el diseño del proyecto de mejora, sabemos con certeza que no será posible alcanzarlas.

Así pues, siendo nuestro servicio, uno de estos SUH antes mencionados con un marcado sobretriaje, para el cual ya se habían diseñado medidas destinadas a disminuirlo (recuperación de comisión triaje, programa de formación continuada, establecimiento y cumplimiento de los requisitos previos de la enfermera de triaje,...) y a la espera de reducir el mismo, se optó por adaptar los tiempos de reevaluación para definir objetivos asumibles, teniendo siempre presente que en un futuro, habría que ir aproximándolos a los exigidos por el SET, que es el ST implantado en la red SALUD.

Creemos necesario mejorar la estrategia de comunicación de resultados, hacia el conjunto del equipo asistencial respecto a la reevaluación, en especial hacia las enfermeras, para concienciar de la importancia de registrar la reevaluación una vez realizada y lograr invertir los valores apreciados en reevaluación registrada y "no registrada" (aquellos con inicio de asistencia próximo a la activación de la alerta de reevaluación).

En el área de CA, parece claro que existe un déficit en la reevaluación y se deben evaluar las causas por lo que está ocurriendo.

Pensamos que hay destacar dos aspectos que nos parecen muy importantes de cara a mejorar la dinámica de nuestro SUH, y no sólo en cuanto a la reevaluación.

El primero es que, cuanto mayor fue la huella digital en el nivel II, porcentualmente menos se reevaluó, a pesar de haber aumentado la necesidad. Con lo cual, nuestros pacientes estuvieron menos seguros, en contraposición con el objetivo que debería pretender, la enfermera de triaje, al asignar un nivel alto del ST. Ello debe hacernos reforzar la formación continua en triaje y probablemente la estrategia para llevarla a cabo, para intentar disminuir el elevado sobretriaje que presenta el servicio.

El segundo es la consolidación en nuestro SUH, de la función de la enfermera reevaluadora, lo que apreciamos en los niveles III en BG, en los que a pesar de haber cuadruplicado la necesidad de reevaluación, el registro de la misma se ha elevado al mismo ritmo, a pesar de en no pocas ocasiones haber destinado, por parte de la gestión del centro, a esa enfermera de reevaluación a atender, además o en exclusiva, la saturación presente en el SU, sobre todo en los últimos meses del año.

Por ello y aun a pesar de que queda mucho camino por recorrer y no pocas mejoras que realizar en nuestro SUH (y no sólo en cuanto a la reevaluación), pensamos que podemos mostrarnos parcialmente satisfechos con la implantación de este nuevo (aunque para nada novedoso) procedimiento en nuestro SUH, que mejora y esperamos lo haga aun más en un futuro, la seguridad de los pacientes que diariamente requieren de nuestros cuidados.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/255 ===== ***

Nº de registro: 0255

Título
IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

Autores:
SANMARTIN ALLUE HECTOR, HERRER CASTEJON ANA, GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS, BOSQUE MORENO ANA, GARCIA SERRANO MARIA CONCEPCION, PLANA FERNANDEZ BLANCA, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, PES LAGUNA MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología (exceptuando la pediátrica y obstétrico-ginecológica, traumatología)
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atención a tiempo

PROBLEMA
La saturación de los servicios de urgencias, conlleva en muchas ocasiones, que los tiempos recomendados para el inicio de la asistencia de los pacientes, no puedan cumplirse. En estas situaciones, para poder garantizar su seguridad y que las necesidades básicas de los pacientes se vean cubiertas, es precisa la implantación de un sistema de reevaluación protocolizado.
En nuestro servicio desde la implantación del Sistema Español de Triage (S.E.T.) en el año 2004, a pesar de la recomendación que hace el propio sistema, ésta reevaluación no se había implementado, cuando se hacía era de manera no formal y en la mayoría de los casos para satisfacer la queja de algún paciente, que no necesariamente era el que mayor riesgo entrañaba.
Para poder implementar este sistema de reevaluación, eran necesarios unos recursos tanto humanos como materiales, que tras la consolidación de plantilla de enfermería en el servicio, que se produjo en el año 2015, creímos suficientes para comenzar con su desarrollo.

RESULTADOS ESPERADOS
La implantación del proceso de reevaluación de los pacientes ya triados pretende mejorar el control del riesgo de los pacientes a la espera del inicio de la asistencia, aumentado así su seguridad dentro esta fase de la asistencia en urgencias.
Esperamos reducir, en consecuencia, la presencia de incidentes y de efectos adversos en relación a este periodo asistencial, así como de las reclamaciones de pacientes ligadas a la demora en urgencias

MÉTODO
Para poder desarrollar el procedimiento de reevaluación de manera eficiente, consideramos necesario actuar en varios aspectos:
• Creación de los circuitos de reevaluación por áreas de asistencia, cuya responsable es la Dra. Ana Herrer.
• Implementación en el programa de historia clínica electrónica PCH de unas alertas, que reflejen que pacientes son subsidiarios de ser reevaluados una vez pase el tiempo recomendado sin haberse iniciado la asistencia. Ésta modificación se solicitó a Soporte PCH y el responsable de su desarrollo es el Dr., Rafael Marrón.
• Formación al personal de la unidad en el procedimiento de reevaluación.
• Evaluación de la implantación del procedimiento. El responsable de estas dos últimas áreas será Héctor Sanmartín

INDICADORES
Mediante la revisión de los registros de PCH obtendremos los indicadores propuestos:
Reevaluación de pacientes de nivel II en el área de Boxes HG. Valoración de la 1ª reevaluación realizada en pacientes con inicio de asistencia >30´/Total de pacientes con inicio de asistencia > 30´ (Se incluirán los pacientes con inicio de asistencia = 40´, aunque no esté registrada la reevaluación) considerando un estándar del 80%
Reevaluación de pacientes de nivel III en el área de Boxes HG.
Valoración de la 1ª reevaluación realizada en pacientes con inicio de asistencia >90´/Total de pacientes con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

inicio de asistencia > 90´ (Se incluirán los pacientes con inicio de asistencia = 105´, aunque no esté registrada la reevaluación) considerando un estandar del 80%
 Reevaluación de pacientes de nivel III en el área de Consulta Ambulatoria
 Valoración de la 1ª reevaluación realizada en pacientes con inicio de asistencia >90´/Total de pacientes con inicio de asistencia > 90´ (Se incluirán los pacientes con inicio de asistencia =105´, aunque no esté registrada la reevaluación), considerando un estandar del 80%

DURACIÓN

ENERO 2016
 Análisis de la situación actual
 FEBRERO 2016
 Diseño del procedimiento de reevaluación
 Presentación a la Comisión de Calidad del servicio
 MARZO-MAYO 2016
 Solicitud a Soporte PCH de los cambios informáticos necesarios para implantar el procedimiento de reevaluación en PCH e implantación
 ABRIL-JUNIO 2016
 Comunicación al personal de la unidad de la implantación de la primera fase del proyecto e inicio de la misma sin soporte informático y formación del mismo
 JUNIO 2016
 Implantación de segunda fase de reevaluación de pacientes
 SEPTIEMBRE 2016
 Evaluación y seguimiento de la implantación del proyecto
 Propuesta de mejoras y/o cambios en el proyecto
 OCTUBRE 2016
 Comunicación de las mejoras propuestas al personal
 DICIEMBRE 2016
 Evaluación de las mejoras propuestas y valoración de los resultados obtenidos hasta la fecha

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0303

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ANA MEILING DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIETE BLANCO MARIA PILAR
ALCALDE LOPEZ SILVIA
FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA
NAVARRO PARDO IRENE
SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado la integración de PCH-Farmatools, que incorpora de manera automática la introducción del valor de creatinina sérica, calculando mediante la fórmula de Crockcroft-Gault el aclaramiento renal. Farmatools dispone de herramientas que avisan cuando se prescriben fármacos que requieren ajuste posológico por insuficiencia renal. Se ha programado la realización de una sesión formativa a todo el persona de Urgencias que utiliza Farmatools sobre la importancia valoración de aclaramiento renal. Por último, la inclusión de las recomendaciones de ajuste posológico en los medicamentos más relevantes y/o frecuentes en Farmatools se encuentra en proceso, realizándose por consenso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1: Porcentaje de pacientes en los que se ha cumplimentado el aclaramiento renal. (Nº de pacientes con valoración/Nº de pacientes revisados) x 100. Objetivo: >50%: 100% de los pacientes, se realiza de forma automática desde 21 de Noviembre de 2017 (integración PCH-Farmatools)

INDICADOR 2: Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado cuyo ajuste posológico del tratamiento fue correcto. Nº de pacientes con valoración efectuada y ajuste del tratamiento correcto/ Nº de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: >50%: Dado que no han transcurrido los 6 meses desde la implantación de la mejora, se aplaza el cálculo de este indicador.

INDICADOR 3: Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado en tratamiento con fármacos nefrotóxicos con alternativa terapéutica. Nº de pacientes con fármacos nefrotóxicos/ Nº de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: <20%: Dado que no han transcurrido los 6 meses desde la implantación de la mejora, se aplaza el cálculo de este indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a la integración de PCH con Farmatools, se modificó el proyecto, dado que era preferible que la información de aclaramiento renal apareciera en la misma ventana que el tratamiento (Farmatools). Debido a esta integración se han producido retrasos en la ejecución del proyecto, pero el impacto se estimó que sería superior que realizando las modificaciones en PCH. El consenso de los ajustes posológicos por insuficiencia renal y su posterior introducción en el programa Farmatools, está requiriendo más tiempo del esperado y por tanto aún no se puede calcular el impacto real del proyecto, si bien, a medida que la alerta de aclaramiento de creatinina aparece en Farmatools, se observan intervenciones farmacéuticas de este tipo en los registros de farmatools.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto se encuentra en estado avanzado, pero aún quedan acciones por finalizar y calcular impacto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/303 ===== ***

Nº de registro: 0303

Título
IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

Autores:

DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING, OLIETE BLANCO MARIA PILAR, ALCALDE LOPEZ SILVIA, FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA, NAVARRO PARDO IRENE, GRACIA MATILLA ROSA, SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0303

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La seguridad del paciente es un objetivo fundamental en el entorno sanitario. El riesgo de cometer errores en los servicios de Urgencias aumenta todavía más debido a las características del trabajo en estas unidades. Los eventos adversos que más frecuentemente se producen en estos servicios son aquellos derivados de la medicación, siendo una de las principales causas de daño prevenible. Es preciso desarrollar herramientas de trabajo que permitan a los médicos, independientemente de su experiencia, actuar de manera segura.

Valorar la función renal es crucial en pacientes atendidos en Urgencias, dado que por su situación aguda o crónica reagudizada, pueden presentar insuficiencia renal, que condiciona un cambio en el enfoque diagnóstico así como terapéutico.

La creatinina en sangre suele utilizarse para verificar el estado de la función renal, pero se ha puesto de relieve que no es buen indicador del grado de insuficiencia renal, particularmente en el anciano. No estima con fiabilidad la función renal, sobretodo en pacientes de edad avanzada o en los estadios iniciales de la insuficiencia renal. Por ello, para valorar la función renal se aconseja medir o estimar el aclaramiento de creatinina.

El aclaramiento de creatinina (Ccr) se utiliza básicamente para ajustar a dosis de fármacos que se excretan por vía renal, y debe de calcularse en orina de 24 horas. Sin embargo, al no disponer de este dato en Urgencias, se aplican una serie de ecuaciones que estiman la tasa de filtrado glomerular. De ellas, una de las más utilizadas y validadas es la de Cockcroft-Gault: $Ccr (ml/min) = (140 - años de edad) \times kg \text{ de peso} / Creatinina \text{ plasmática} \times 72$. En mujeres, se multiplica este cociente por 0.85. Valor normal 85-120 ml/min.

La implementación de dicha fórmula auto calculada en la Historia Clínica Electrónica de Urgencias (PCH-Urgencias) ayudaría a estimar el filtrado glomerular con mayor precisión de forma rápida, sencilla y objetiva, lo que condicionaría la selección de tratamientos para evitar la nefrotoxicidad, así como ajustar con mayor precisión la dosis diaria de fármacos (mediante reducción de dosis por toma, aumento del intervalo de administración o ambos procedimientos).

Por ello proponemos incorporar a la Historia Clínica Electrónica de Urgencias, el cálculo del aclaramiento de creatinina, estimado por la fórmula de Cockcroft-Gault, para ayudar a los profesionales de Urgencias en su práctica clínica habitual.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el proceso de evaluación de pacientes con elevación de creatinina sérica, sobretodo en ancianos, al estimar el aclaramiento de creatinina.
- Evitar complicaciones derivadas de los fármacos, al ajustar dichos tratamientos, así como evitar fármacos nefrotóxicos.
- Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la prevención y minimización de los efectos adversos.

MÉTODO

- Implantación en la Historia Clínica Electrónica de Urgencias (PCH-Urgencias) de la fórmula de Cockcroft-Gault para facilitar a los profesionales la estimación del filtrado glomerular de los pacientes atendidos en Urgencias y así poder evitar efectos adversos derivados de los fármacos.
- Sesión formativa a los facultativos de Urgencias y residentes sobre importancia de valoración de aclaramiento renal.
- Incluir recomendaciones de ajuste posológico en los medicamentos más relevantes y/o frecuentes.
- Revisión de efectividad de la medida implantada y difusión resultados.

INDICADORES

- Se revisarán historias clínicas de pacientes ingresados en Urgencias que en el diagnóstico tengan un código de insuficiencia renal, para valorar la efectividad de la actuación durante un período de 6 meses.
- Porcentaje de pacientes en los que se ha cumplimentado el aclaramiento renal. (Nº de pacientes con valoración/Nº de pacientes revisados) x 100. Objetivo: >50%
- Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado cuyo ajuste posológico del tratamiento fue correcto. Nº de pacientes con valoración efectuada y ajuste del tratamiento correcto/ Nº de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: >50%
- Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado en tratamiento con fármacos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0303

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

nefrotóxicos con alternativa terapéutica. N° de pacientes con fármacos nefrotóxicos/ N° de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: <20%

DURACIÓN

Octubre - Diciembre de 2016: Planteamiento teórico del proyecto.
Enero- Marzo de 2017: Implantación en el PCH de fórmula de Cockcroft-Gault.
Abril - Septiembre de 2017: Valoración de la efectividad de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0362

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE VICTORIA ESTABEN BOLDOVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LITAGO CORTES ANA ISABEL
MORENO DIAZ JAVIER
OLIETE BLANCO MARIA PILAR
CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA
LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL
PARRILLA HERRANZ PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
COMO ACTIVIDAD PRINCIPAL DE ESTE PROYECTO SE INCLUYE EL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ECOGRÁFICA QUE SE REALIZA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, PARA ELLO, SE AÑADIRÁ EN EL PCH (PROGRAMA INFORMÁTICO DEL SERVICIO) UNA NUEVA PANTALLA DONDE REGISTRAREMOS LOS DATOS OBTENIDOS.
(DATOS RECOGIDOS HASTA EL MOMENTO EN PAPEL).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
QUEDA PENDIENTE LA INCLUSIÓN DE DICHA PANTALLA EN PCH (YA COMENTADO CON LA PERSONA RESPONSABLE DE REALIZAR LA MODIFICACIÓN EN EL PROGRAMA).
EN EL MOMENTO DE LA INCLUSIÓN EN PCH DE LA PANTALLA, SE AÑADIRÁN A LOS NUEVOS DATOS LOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
AL PRECISAR MODIFICACIONES INFORMÁTICAS EN EL PROGRAMA QUE ESTAN FUERA DE NUESTRO ALCANCE, NO HA SIDO POSIBLE FINALIZARLO EN EL PLAZO PREVISTO, A PESAR DEL REGISTRO MANUAL DE LOS MISMOS.

7. OBSERVACIONES.
A SER POSIBLE, AGRADECERÍA QUE MANDARAN EL CERTIFICADO ANTES DEL 25 DE FEBRERO. GRACIAS. UN SALUDO.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/362 ===== ***

Nº de registro: 0362

Título
PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS

Autores:
ESTABEN BOLDOVA MARIA VICTORIA, LITAGO CORTES ANA ISABEL, MORENO DIAZ JAVIER, OLIETE BLANCO MARIA PILAR, CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA, LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL, PARRILLA HERRANZ PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA URGENTE
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS COMO HERRAMIENTA CLÍNICA ES UNA PRÁCTICA YA ESTABLECIDA EN ESTADOS UNIDOS Y CADA VEZ EN MÁS PAÍSES EUROPEOS. TIENE UNA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA MUY ELEVADA AL TRATARSE DE UNA TÉCNICA BARATA, REPRODUCIBLE Y REALIZADA EN LA CABECERA DEL PACIENTE. REALIZADA POR EL MÉDICO DE URGENCIAS SE TRATA DE UN TÉCNICA COMPLEMENTARIA AL PROCESO DIAGNÓSTICO «ESTÁNDAR» Y NO SE UTILIZA CON UNA INTENCIÓN DIAGNÓSTICA PRECISA, SINO COMO APROXIMACIÓN, AL IGUAL QUE LA PALPACIÓN O LA AUSCULTACIÓN.
SE USA EN SITUACIONES DEFINIDAS DONDE LA RENTABILIDAD ES MAYOR, Y SE ASOCIA A UN CLARO BENEFICIO (MENOR TIEMPO HASTA RECIBIR EL TRATAMIENTO, DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD, ETC.).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0362

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS Y DESDE LA DISPONIBILIDAD DE UN ECÓGRAFO PORTÁTIL EN URGENCIAS, EL USO DEL MISMO HA SIDO PROGRESIVO COMO AYUDA AL DIAGNÓSTICO O PARA LA UTILIZACIÓN DE DIFERENTES TÉCNICAS URGENTES. DICHA UTILIZACIÓN NO TIENE UN FORMA DE REGISTRO EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO PUESTO CLÍNICO HOSPITALARIO (PCH) EMPLEADO EN URGENCIAS. CREEMOS QUE ES IMPORTANTE EL REGISTRO DE LA UTILIZACIÓN DE DICHA TÉCNICA PARA PODER ANALIZAR SU EMPLEO PROGRESIVO, Y PARA QUE QUEDE REFLEJADO EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DEL PACIENTE.

RESULTADOS ESPERADOS

PRETENDEMOS AÑADIR LA OPCIÓN DE PODER REGISTRAR EN LA HISTORIA INFORMATIZADA DE URGENCIAS DEL PACIENTE LA UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA, INDICANDO LA MODALIDAD, EL OBJETIVO Y LO OBSERVADO CON LA MISMA. EL OBJETIVO ES DOBLE: EL REGISTRO DE DICHA TÉCNICA EN LA HISTORIA Y PODER ANALIZAR SU UTILIZACIÓN EN NUESTRO SERVICIO.

MÉTODO

AÑADIREMOS LA OPCIÓN EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO DE URGENCIAS, CON UNA NUEVA PANTALLA DONDE REGISTRAREMOS QUÉ TIPO DE EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA REALIZAMOS, SOSPECHA DIAGNÓSTICA DEL PACIENTE, SONDA UTILIZADA, Y RESULTADO OBTENIDO.

INDICADORES

UNA VEZ INCORPORADA LA OPCIÓN DE REGISTRO EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO, REALIZAREMOS UNA SESIÓN INFORMATIVA EN EL SERVICIO PARA EXPLICARLA E INSISTIR EN LA IMPORTANCIA DE SU REGISTRO, Y SUS VENTAJAS. A SU VEZ SE IMPARTIRÁN SESIONES CLÍNICAS FORMATIVAS. POSTERIORMENTE Y DESPUÉS DE UN TIEMPO ANALIZAREMOS EL REGISTRO EFECTUADO.

LOS INDICADORES UTILIZADOS SERÁN:

-NÚMERO DE PACIENTE EN LOS QUE SE HA UTILIZADO LA ECOGRAFÍA

-PORCENTAJE DE PACIENTES EN LOS QUE LA ECOGRAFÍA HA AYUDADO EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO DEL PACIENTE.

DURACIÓN

-DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2016 REALIZAREMOS LA FICHA DE REGISTRO PARA INCORPORARLA EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO DE URGENCIAS

-A PRIMEROS DEL AÑO 2017 REALIZAREMOS UNA SESIÓN INFORMATIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

-EN OCTUBRE DE 2017 ANALIZAREMOS LOS REGISTROS OBTENIDOS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0368

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA FERNANDEZ LETAMENDI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO FORMENTO ENRIQUE
ENVID LAZARO BLANCA
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA
ALCALDE LOPEZ SILVIA
LOPEZ LOPEZ FERNANDO
LITAGO CORTES ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el ultimo registro en 2016 se han registrado 85 pacientes en que se ha aplicado la ventilación mecánica no invasiva. En estos la edad media fue de 79 años (desviación típica 11, 4) con un mínimo de 41,5 años y un máximo de 99,7 años. De todos ellos un 50,6% fueron varones y 49,4% mujeres. El tiempo de estancia medio fue de 14,3 horas y el tiempo con VMNI administrada fue de 13,4 horas. El motivo de consulta más frecuente fue la disnea en paciente con enfermedad pulmonar previa (49,4%).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El patrón del paciente en un 23,5% era obstructivo, en un 17,6% cardiaco, en un 14,1% mixto y en un 9,4% restrictivo. En un 45,9% de los casos eran insuficiencias respiratorias hipercápnicas, y en un 20% hipoxémicas. De todos ellos un 83,5% fueron ingresados, un 10,6% trasladados a otro hospital, un 4,7% fallecieron y 1,2% (un paciente) dado de alta.
Sobre el servicio de destino un 35,3% fueron a Medicina interna, un 32,9% a neumología, un 9,4% a cardiología y menos frecuente con 1,2% a oncología, digestivo o hematología.
El tipo de ventilador el más frecuente fue la Carina con un 67,1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos incorporado recientemente un aparato de ventilación nuevo, que esperamos reduzca el tiempo de administración al tener más opciones que los previos.
Se han realizado varias sesiones en el servicio sobre el procedimiento y sobre el correcto uso del nuevo ventilador.
Destaca que hay un mayor registro que años anteriores habiendo en el último año casi tantos casos como los dos años anteriores: 98 pacientes.

7. OBSERVACIONES.
- Seguir insistiendo en la formación en este campo dentro del servicio y de la importancia del registro para valorar nuestra propia actitud.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/368 ===== ***

Nº de registro: 0368

Título
MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA, ALONSO FORMENTO ENRIQUE, ESTABEN BOLDOVA MARIA VICTORIA, ALCALDE LOPEZ SILVIA, LITAGO CORTES ANA ISABEL, OMISTE MARTINEZ JOSE LUIS, LOPEZ LOPEZ FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0368

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Otro Enfoque.....: Procedimiento basado en la evidencia

PROBLEMA

La utilización de la ventilación mecánica no invasiva en los servicios de urgencias ha ido aumentando en los últimos años, aplicándose a múltiples patologías que cursan con hipoxemia, hipercapnia, importante trabajo respiratorio o como ayuda a diferentes técnicas que requieren sedación profunda. En nuestro hospital desde junio del 2014 se tiene la opción de registrar los pacientes en los que se utiliza la ventilación mecánica no invasiva en el servicio de urgencias, dentro del programa informático Puesto Clínico Hospitalario (PCH). Se ha analizado dicho registro de los últimos dos años, encontrando sólo 98 pacientes, cuando el número de pacientes en que se ha aplicado la ventilación mecánica no invasiva es muy superior. Creemos que entre las razones del mal cumplimiento de dicha técnica es el poco tiempo disponible en urgencias por la alta demanda asistencial, y por ser la hoja de registro demasiado amplia y compleja. Pretendemos concienciar de la importancia de dicho registro y simplificar el modo de registro de dicha técnica, lo que nos permitirá analizar este grupo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante la concienciación del personal del servicio de la importancia de este correcto registro, y la simplificación de la forma de registro. Pretendemos realizar alguna sesión informativa en el servicio en la que insistiremos de la importancia de la correcta recogida de los datos, expondremos los datos recogidos previamente, y la nueva forma de registro más sencilla y más rápida. Esperamos aumentar el porcentaje de pacientes registrados en los que se ha aplicado ventilación mecánica no invasiva en urgencias.

MÉTODO

Primero realizaremos una simplificación de la hoja de registro de la ventilación mecánica no invasiva, así como la incorporación de ordenes de tratamiento específicas y predeterminadas para estos pacientes. Posteriormente realizaremos una sesión en el servicio para exponer los datos de estos dos últimos años, informando de las modificaciones realizadas.

En un año realizaremos de nuevo el análisis de los paciente registrados con esta técnica, esperando haber aumentado el número de registros

INDICADORES

- El porcentaje de pacientes registrados en los que se ha aplicado esta técnica, analizando los pacientes en los que tienen indicado VMNI en la hoja de tratamiento.
- El grado de correcta cumplimentacion de la hoja de registro, analizando el porcentaje de registros con una indicación detallada, el aparato de ventilación mecánica no invasiva y el modo de ventilación mecánica empleado.

DURACIÓN

De octubre a diciembre de 2016 elaboraremos la hoja de registro simplificada.

A primeros del año 2017 se realizará la sesión informativa en el servicio de urgencias.

En octubre de 2017 se analizarán los datos obtenidos con los indicadores de calidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0436

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR CUADRA GIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING

GROS BAÑERES BELEN

USIETO LOPEZ LAURA

CABISTANY EZQUE ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se encuentra en fase de implementación por parte del personal encargado del sistema informático "PCH" (Puesto Clínico Hospitalario), programa utilizado en los servicios de Urgencias de Aragón para la historia clínica electrónica.

El primer paso del proyecto de mejora es incluir en dicho programa la escala Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) para la identificación de pacientes con pancreatitis aguda grave de forma precoz. Según se nos ha informado, no se ha podido realizar la inclusión de la escala en el programa informático debido a saturación de trabajo, pero pronto, en una de las próximas actualizaciones del programa PCH, se espera poder incluir la escala. Ello nos permitirá utilizarla y valorar su utilización por los profesionales sanitarios del servicio, así como valorar de forma objetiva la mejora o no en la atención del enfermo con pancreatitis aguda grave.

Durante los primeros meses del proyecto se impartieron charlas en el servicio sobre pancreatitis aguda grave, su detección precoz y el manejo en la atención urgente, así como información sobre la puesta en marcha de este proyecto de mejora, con el objetivo de incluir en PCH la escala SOFA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados se ven limitados en su valoración objetiva por el hecho de no disponer de la escala SOFA en la historia clínica electrónica, que nos permitiría valorar de forma objetiva, mediante la revisión de historias clínicas electrónicas, dichos resultados.

Por objetivos:

- "Identificar en el Servicio de Urgencias de forma objetiva aquellos pacientes con pancreatitis aguda que presentan disfunción orgánica medida mediante la escala SOFA": no podemos valorar de forma objetiva este ítem, ya que no disponemos de la escala SOFA informatizada.

Se han impartido charlas formativas en el servicio sobre la pancreatitis aguda grave y la importancia de la detección precoz mediante la escala SOFA, lo que pensamos (subjetivamente) que ha contribuido positivamente en el resto de objetivos:

- "Mejorar el proceso de evaluación de pacientes con pancreatitis aguda".

- "Mejorar la calidad en la atención recibida por el paciente en el ámbito de las Urgencias previniendo una mala evolución".

- "Mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios", tanto dentro del servicio como con el resto (fundamentalmente Digestivo, UCI, Radiología y Laboratorio).

- "Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la identificación de pancreatitis aguda grave".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de no haber logrado la herramienta fundamental para el proyecto, que es la informatización de la escala SOFA en PCH, se han realizado actividades formativas en el servicio mediante charlas sobre esta patología, la pancreatitis aguda grave, la importancia de la detección precoz de estos enfermos mediante la escala SOFA y su facilidad de aplicación y actualización en el manejo urgente de dichos pacientes. Todo esto nos permitirá obtener unos mejores resultados cuando se informatice la escala, ya que de manera teórica (no medida en papel ni en soporte informático), ya se empieza a utilizar esta escala al diagnosticar a un enfermo de pancreatitis aguda. Queda pendiente, en cuanto esté la escala SOFA en el PCH, cumplir con el apartado de "Indicadores, evaluación y seguimiento":

- Evaluación de la utilización de la escala SOFA en la pancreatitis aguda mediante una revisión de historias clínicas en la historia clínica electrónica.

- Porcentaje de pacientes con vigilancia y tratamiento intensivo diagnosticados de pancreatitis aguda según la valoración de gravedad desde el área de Urgencias (Nº de pacientes con PA y valoración efectuada / Nº de pacientes con PA atendidos) x 100.

Objetivo:>50%."

Pensamos que el proyecto sigue siendo sostenible, económicamente viable y de gran importancia en nuestra actividad asistencial, ya que se trata de una patología frecuente y potencialmente muy grave. El hecho de que no se haya podido cumplir con el calendario previsto se debe a causas ajenas a los componentes del equipo, y todo apunta a que se va a solucionar próximamente, con lo que esperamos obtener los resultados esperados.

7. OBSERVACIONES.

Solicitamos la continuidad del proyecto, ya que es importante desde el punto de vista clínico, y factible, desde el punto de vista económico y de recursos humanos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0436

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Necesitaremos, una vez realizada la implantación en la historia clínica electrónica de la escala SOFA y la difusión de la misma a los profesionales sanitarios del servicio, un periodo de 3 meses para su utilización. Y un segundo periodo de 6 meses para valorar la efectividad de la intervención, mediante la revisión de historias clínicas electrónicas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/436 ===== ***

Nº de registro: 0436

Título
IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
CUADRA GIMENEZ PILAR, DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING, GROS BAÑERES BELEN, USIETO LOPEZ LAURA, CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA, PUEYO MORER MARIA JESUS, PALAZON SAURA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La pancreatitis aguda es una enfermedad de curso clínico variable con una mortalidad entre el 15-20% de las formas graves. La mortalidad precoz está a menudo asociada con la disfunción orgánica, que suele iniciarse en las primeras 12-72 horas del ingreso; mientras que la morbilidad y mortalidad tardía está asociada con necrosis pancreática infectada y sepsis.

La identificación temprana de los pacientes que desarrollan una pancreatitis aguda grave, así como de aquellos con elevado riesgo para desarrollarla es crucial en el servicio de Urgencias ya que de esto se derivará una estrecha vigilancia de su evolución y una posible intervención terapéutica.

La disfunción orgánica puede medirse mediante la escala Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) y establece la presencia de fracaso orgánico, una puntuación mayor o igual a 2 de cualquiera de los sistemas. Esta escala tiene la posibilidad de estratificar la enfermedad fácilmente y de forma objetiva, siendo recomendada por la clasificación de gravedad de Atlanta de 2012.

Por ello proponemos incorporar a la historia clínica electrónica, la escala SOFA, para su aplicación en pacientes con pancreatitis aguda en las primeras 24 horas de la llegada a Urgencias. Ello permitiría ayudar a identificar de manera objetiva aquellos que presentan una pancreatitis aguda grave precoz.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar en el Servicio de Urgencias de forma objetiva aquellos pacientes con pancreatitis aguda que presentan disfunción orgánica medida mediante la escala SOFA.
- Mejorar el proceso de evaluación de pacientes con pancreatitis aguda.
- Mejorar la calidad en la atención recibida por el paciente en el ámbito de las Urgencias previniendo una mala evolución.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios.
- Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la identificación de pancreatitis aguda grave.

MÉTODO

Implantación en la Historia Clínica Electrónica de la escala SOFA, para facilitar a los médicos del servicio de Urgencias la identificación precoz de aquellos pacientes con pancreatitis aguda que desarrollan disfunción orgánica, lo que implica gravedad. De tal forma que se establecería una estrecha vigilancia previniendo una mala evolución.

INDICADORES

- Evaluación de la utilización de la escala SOFA en la pancreatitis aguda mediante una revisión de historias clínicas en la historia clínica electrónica.
- Porcentaje de pacientes con vigilancia y tratamiento intensivo diagnosticados de pancreatitis aguda según la valoración de gravedad desde el área de Urgencias (Nº de pacientes con PA y valoración efectuada / Nº de pacientes con PA atendidos) x 100.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0436

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Objetivo:>50%

DURACIÓN

- Octubre - Diciembre de 2016: Planteamiento teórico del proyecto.
- Enero- Marzo de 2017: Implantación en la historia clínica electrónica de la escala SOFA.
- Abril - Septiembre de 2017: Valoración de la efectividad de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0517

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Fecha de entrada: 28/06/2018

2. RESPONSABLE DANIEL LAHOZ RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ HERRAEZ MARIA ROSARIO
MUNUEBA BARAHONA MARIA CONSUELO
SORRIBAS RUBIO PEDRO LUIS
GIMENEZ VALVERDE ANTONIO
FRAGUAS OLIVA JOSE LUIS
AZNAR BUENO CRISTINA
BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2017, los miembros colaboradores con el proyecto se han encargado de las siguientes tareas:

1. Monitorización de los indicadores de los protocolos asistenciales en el Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet. Se trata en concreto de la monitorización de los protocolos formalmente aprobados por la comisión de tecnología una vez consensuado con los servicios intervinientes y colgados en Intranet para su uso. Todos ellos aprobados a partir del año 2007.

Estos protocolos son:

- 1) Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-407-14).
 - 2) AIT Guía de manejo (ID. PROTOCOLO Z2-357-15).
 - 3) Dedo en martillo (Lesión del Aparato Extensor Distal) en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-275-11).
 - 4) Dolor torácico no traumático en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-217-13).
 - 5) Estratificación de Gravedad Pancreatitis Aguda en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-250-11).
 - 6) Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16).
 - 7) Hemorragia grave y masiva (ID. PROTOCOLO Z2-375-13).
 - 8) Infección del Tracto Urinario en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-237-11).
 - 9) Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16).
 - 10) Neumonía adquirida en la comunidad (ID. PROTOCOLO Z2-109-12).
 - 11) Neumotórax espontáneo primario (ID. PROTOCOLO Z2-261-11).
 - 12) Neumotórax espontáneo secundario (ID. PROTOCOLO Z2-347-14).
 - 13) Neuropatías ópticas Isquémicas anteriores (ID. PROTOCOLO Z2-368-13).
 - 14) Profilaxis tromboembolismo venoso tras traumatismo miembros inferiores (ID. PROTOCOLO Z2-299-12).
 - 15) Síndrome Coronario Agudo sin Elevación Persistente del Segmento ST (ID. PROTOCOLO Z2-396-14).
 - 16) Toxicología: muestras para análisis toxicológico (procedimiento general) (ID. PROTOCOLO Z2-380-14).
 - 17) Toxicología: muestras para análisis toxicológico con fines legales (extracción y custodia) (ID. PROTOCOLO Z2-381-14).
 - 18) Tratamiento de neumonía Comunitaria (ID. PROTOCOLO Z2-048-12).
 - 19) Traumatismo craneoencefálico en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-119-13).
 - 20) Traumatismos nasales agudos (ID. PROTOCOLO Z2-060-11).
 - 21) Triage avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).
2. Elaboración de nuevos protocolos:
- a) Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16).
 - b) Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16).
 - c) Triage avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-407-14). Última revisión 1-3-16, próxima revisión 1-3 -2018. Cumplimiento indicadores 100%.
2. AIT Guía de manejo (ID. PROTOCOLO Z2-357-15). Última revisión 1-8-2015, próxima revisión 1-11-2017. Cumplimiento indicadores 100%
3. Dedo en martillo (Lesión del Aparato Extensor Distal) en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-275-11). Última revisión 1-12-2012, pendiente de actualización. Cumplimiento indicadores 50%.
4. Dolor torácico no traumático en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-217-13). Última revisión 1-2-2015, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100%.
5. Estratificación de Gravedad Pancreatitis Aguda en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-250-11). Última revisión 1-3-2012, pendiente de actualización.
6. Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16). Realización 1-4-16, próxima revisión 1-4-2018.
7. Hemorragia grave y masiva (ID. PROTOCOLO Z2-375-13). Realización 25-6-13, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
8. Infección del Tracto Urinario en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-237-11). Última revisión 1-5-2013, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 75 %
9. Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16). Realización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0517

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

- 1-5-16, revisión 1-5-18. Cumplimiento de indicadores 75%
10. Neumonía adquirida en la comunidad (ID. PROTOCOLO Z2-109-12). Ultima revisión 1-5-14, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 25%.
11. Neumotórax espontáneo primario (ID. PROTOCOLO Z2-261-11). Ultima revisión 1-3-13, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 75 %
12. Neumotórax espontáneo secundario (ID. PROTOCOLO Z2-347-14). Ultima revision 1-4-14, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 75 %.
13. Neuropatías ópticas Isquémicas anteriores (ID. PROTOCOLO Z2-368-13). Ultima revisión 1-5-15, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 25 %
14. Profilaxis tromboembolismo venoso tras traumatismo miembros inferiores (ID. PROTOCOLO Z2-299-12). Ultima revisión 1-2-13, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
15. Síndrome Coronario Agudo sin Elevación Persistente del Segmento ST (ID. PROTOCOLO Z2-396-14). Ultima revisión 1-1-6, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
16. Toxicología: muestras para análisis toxicológico (procedimiento general) (ID. PROTOCOLO Z2-380-14). Ultima revision 1-2-16, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
17. Toxicología: muestras para análisis toxicológico con fines legales (extracción y custodia) (ID. PROTOCOLO Z2-381-14). Ultima revisión 1-2-16, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
18. Tratamiento de neumonía Comunitaria (ID. PROTOCOLO Z2-048-12). Ultima revision 1-5-14, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 75%.
19. Traumatismo craneoencefálico en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-119-13). Ultima revisión 1-11-15, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100%.
20. Traumatismos nasales agudos (ID. PROTOCOLO Z2-060-11). Ultima revisión 1-5-13, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 50 %.
21. Triage avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16). Realización 1-5-16. Cumplimiento de indicadores 75 %.

- Los indicadores que se plantearon en el proyecto de mejora fueron:

-Protocolos elaborados o actualizados durante 2016: Diferencia entre el número de protocolos del Servicio de Urgencias aprobados por la Comisión de Tecnología y disponibles través de la intranet del Sector II en 31 de Diciembre de 2015 y 2016.

-Protocolos evaluados en 2016: protocolos del Servicio de Urgencias evaluados / protocolos del Servicio de Urgencias aprobados x 100.

Resultados:

- Se han realizado 3 nuevos protocolos durante el año 2016: a) Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16). b) Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16). c) Traje avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).

- Se ha actualizado 1 protocolo durante el año 2016: Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias

- Protocolos del Servicio de Urgencias evaluados (21) / protocolos del Servicio de Urgencias aprobados (21) x 100: 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Existe una codificación diagnóstica, escasamente homogénea para problemas similares, que hace que sea compleja la determinación de la n total de sujetos sobre los que seleccionar los casos a monitorizar.

- Los estándares objetivo de los indicadores de evaluación de algunos protocolos son demasiado exigentes en determinadas ocasiones, teniendo que plantear su modificación en futuras revisiones para ajustarse en mayor medida a la realidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/517 ===== ***

Nº de registro: 0517

Título
MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Autores:
LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL, MARTINEZ HERRAEZ MARIA ROSARIO, MUNUERA BARAHONA MARIA CONSUELO, SORRIBAS RUBIO PEDRO LUIS, GIMENEZ VALVERDE ANTONIO, FRAGUAS OLIVA JOSE LUIS, AZNAR BUENO CRISTINA, BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0517

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diversas patologías atendidas en el Servicio de Urgencias
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .: Otro tipo Objetivos

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La disminución de la variabilidad de la práctica clínica y la incorporación de la mejor evidencia científica en el manejo de las situaciones clínicas más frecuentes y/o trascendentes por su impacto clínico o social es uno de los objetivos del plan de calidad del Servicio de Urgencias. Identificada esta necesidad, se vienen priorizando las situaciones clínicas sobre las que actuar en base a las recomendaciones de protocolización establecidas en el Manual de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Urgencias elaborado por el Departamento de Salud en 2006. La elaboración de protocolos asistenciales del Servicio de Urgencias son consensuados con los Servicios implicados en cada caso y adaptados a nuestro medio y realidad asistencial. En la actualidad, el Servicio de Urgencias dispone de distintos protocolos, adaptados al reglamento de protocolos del Sector II:

1. Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-407-16).
2. AIT Guía de manejo (ID. PROTOCOLO Z2-357-15).
3. Dedo en martillo (Lesión del Aparato Extensor Distal) en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-275-11).
4. Dolor torácico no traumático en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-217-13).
5. Estratificación de Gravedad Pancreatitis Aguda en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-250-11).
6. Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16).
7. Hemorragia grave y masiva (ID. PROTOCOLO Z2-375-13).
8. Infección del Tracto Urinario en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-237-11).
9. Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16).
10. Neumonía adquirida en la comunidad (ID. PROTOCOLO Z2-109-12).
11. Neumotórax espontáneo primario (ID. PROTOCOLO Z2-261-11).
12. Neumotórax espontáneo secundario (ID. PROTOCOLO Z2-347-14).
13. Neuropatías Ópticas Isquémicas anteriores (ID. PROTOCOLO Z2-368-13).
14. Profilaxis tromboembolismo venoso tras traumatismo miembros inferiores (ID. PROTOCOLO Z2-299-12).
15. Síndrome Coronario Agudo sin Elevación Persistente del Segmento ST (ID. PROTOCOLO Z2-396-14).
- 16- Toxicología: muestras para análisis toxicológico (procedimiento general) (ID. PROTOCOLO Z2-380-14).
17. Toxicología: muestras para análisis toxicológico con fines legales (extracción y custodia) (ID. PROTOCOLO Z2-381-14).
18. tratamiento de neumonía Comunitaria (ID. PROTOCOLO Z2-048-12).
19. Traumatismo craneoencefálico en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-119-13).
20. Traumatismos nasales agudos (ID. PROTOCOLO Z2-060-11).
21. Traje avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Planificar e iniciar la elaboración de nuevos Protocolos asistenciales, en consenso con el resto de Servicios, y en base a las necesidades y realidad asistencial del Servicio de Urgencias, así como, revisar los protocolos existentes según fecha prevista.
- 2.-Actualizar los protocolos existentes en el Servicio y adaptarlos a los requisitos del Reglamento de protocolos del Sector II.
- 3.-Revisar los indicadores de seguimiento de los protocolos del Servicio de Urgencias.
- 4.-Establecer un sistema periódico de revisión de dichos indicadores como un elemento básico del plan de calidad del Servicio de Urgencias.

MÉTODO

- 1.-Revisión de los protocolos existentes para adaptarlos al reglamento de procesos del sector II.
Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
- 2.-Revisión y definición de los indicadores de seguimiento de los protocolos Responsable: Todos los miembros del equipo.
- 3.-Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores.
Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
- 4.-Para cada protocolo evaluado, se realizará un análisis de los resultados y se discutirán las medidas necesarias para mejorar su seguimiento, cuando sea necesario.
Responsable: Todos los miembros del grupo de mejora

INDICADORES

El proyecto se evaluará comprobando el grado de ejecución de los objetivos mediante los siguientes indicadores:

- 1.-Protocolos elaborados o actualizados durante 2016: Diferencia entre el número de protocolos del Servicio de Urgencias aprobados por la Comisión de Tecnología y disponibles a través de la Intranet del Sector II en 31 de Diciembre de 2015 y 2016.
- 2.-Protocolos evaluados en 2016: protocolos del Servicio de Urgencias evaluados / protocolos del Servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0517

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Urgencias aprobados x 100.

DURACIÓN

1.-Revisión de los protocolos existentes y proyecto de los nuevos:

Marzo-Junio 2017.

2.-Revisión de los indicadores de seguimiento: Marzo-Junio 2017.

3.-Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores de aquellos protocolos en periodo de revisión: Septiembre-Noviembre 2017.

4.-Análisis de los resultados y diseño de las medidas necesarias para mejorar su seguimiento: Octubre-Noviembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0643

1. TÍTULO

ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ANA HERRER CASTEJON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TRINCADO AZNAR PABLO
USIETO LOPEZ LAURA
OLIETA BLANCO MARIA PILAR
COMET BERNAD MACARENA
BIELSA MASDEU ANA MARIA
BOSQUE MORENO ANA ISABEL
GARRIDO NAVARRO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión del equipo y reparto de tareas
- Información en reunión del servicio de las tareas a realizar,.
- Reeditar tríptico existente con la incorporación de nuevas insulinas (aún sin divulgar)
- Elaboración de tabla completa de insulinas existentes y sus equivalencias. Pendiente de impresión y divulgación por el servicio.
- Elaboración de tabla completa de antidiabéticos orales y su clasificación, así como la incorporación de antidiabéticos nuevos. Pendiente de impresión y divulgación.
- Revisión aleatoria de tratamientos antidiabético prescrito en el momento actual, previo a la realización de las actividades formativas previstas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se está realizando una base de datos de los pacientes diabéticos que acudieron a urgencias durante los 15 primeros días de diciembre y que ingresaron en nuestro hospital en relación al tratamiento antidiabético prescrito, así como de los pacientes que acudieron al hospital con cifras de glucosa mayor de 180mg/dl.
En el momento actual, por diversos motivos aun no disponemos de análisis estadístico de los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a ser un equipo multidisciplinar donde intervienen varias especialidades hospitalarias, farmacia, endocrinología y urgencias, hemos tenido graves dificultades para reunirnos y avanzar en el proyecto, incluidas algunas de salud.
Aunque se han cumplido alguno de los objetivos, como la elaboración de los posters, nos han quedado pendientes el análisis estadístico de la situación actual y estamos en fase de terminar el nuevo tríptico, imprimir los carteles e impartir las charlas informativas a facultativos, enfermería y MIR.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/643 ===== ***

Nº de registro: 0643

Título
ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

Autores:
HERRER CASTEJON ANA, TRINCADO AZNAR PABLO, USIETO LOPEZ LAURA, OLIETE BLANCO MARIA PILAR, COMET BERNAD MACARENA, BIELSA MASDEU ANA MARIA, BOSQUE MORENO ANA, GARRIDO NAVARRO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0643

1. TÍTULO

ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

PROBLEMA

El correcto manejo del paciente diabético en urgencias es una importante área de mejora en nuestro servicio. Cerca del 40% de los pacientes atendidos en urgencias es diabético. La importancia en la atención de estos pacientes deriva de varios factores:

Se ha detectado que hasta un 50% de los pacientes que acuden a urgencias desconocen que son diabéticos a su llegada

Un alto porcentaje presenta un mal control de las cifras de glucemia

Existe descompensación asociada a la patología subyacente y a los tratamientos necesarios

La hiperglucemia además de ser un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico implican mayor riesgo de infección, mayor mortalidad hospitalaria en pacientes con ACV y mayor mortalidad y estancia hospitalaria en EPOC. Además de afectar a la función inmune y a los mediadores inflamatorios.

La hiperglucemia afecta a un 7% de los pacientes ingresados, Implica un mayor coste y estancia hospitalaria y un mayor índice de mortalidad, lo que conlleva mayor necesidad de recursos al alta del paciente (atención especializada, residencia, cuidador)

Por todo ello es necesario que en urgencias se detecten estos problemas y se traten de una forma homogeneizada y segura para el paciente.

También hay que tener en cuenta la complejidad de tratamientos que han surgido en los últimos años; antidiabéticos orales (ADO) nuevos y nuevas insulinas.

En muchos casos es difícil conocer el tratamiento real que lleva el paciente y el médico está más centrado en la patología que motiva el ingreso, lo cual supone un riesgo de seguridad clínica para el paciente. Se debe intentar evitar el uso de pautas móviles como único tratamiento ya que han demostrado un peor control, no cubren las necesidades basales y favorecen hiper e hipoglucemias.

El uso de ADO en los pacientes ingresados por patología aguda no están recomendados; ya que tiene inicio de acción lento, poca flexibilidad y efectos adversos potenciales mayores en pacientes con patología aguda

Nos planteamos en la siguiente línea de mejora:

Actualizar la guía de insulinización en los diabéticos que ingresan a través del Servicio de Urgencias con la incorporación de nuevas insulinas

Protocolización de los criterios de insulino terapia

Protocolización de necesidades de insulina ante situaciones especiales: cirugía,

toma de corticoides, cetoacidosis diabética, procedimientos diagnósticos...

Disminuir el uso de ADO en pacientes ingresados y sustituirlo por las dosis

equivalentes correctas de insulina.

RESULTADOS ESPERADOS

-Todos los pacientes diabéticos que ingresen a través de urgencias tengan una pauta correcta de insulinización.

-Los pacientes no diabéticos, que ingresen con cifras superiores a 180 mg/dl de glucemia deben iniciar tto con insulina durante su estancia hospitalaria

-Disminuir el número de pautas móviles como único tratamiento

-Disminuir el uso de los ADO al ingreso del paciente

-Mejor conocimiento de facultativos y enfermería de las insulinas existentes en el mercado y sus equivalencias

-Mejorar el tratamiento en situaciones especiales: cetoacidosis, coma hiperosmolar, tratamiento corticoideo,

cirugía, procedimientos terapéuticos

MÉTODO

-Creación del grupo de trabajo

-Elaboración de una tabla completa de insulinas existentes y sus equivalencias y distribución por puntos estratégicos del Servicio de urgencias

-Actualización del tríptico de uso de insulinización del paciente que ingresa en urgencias y difusión del mismo.

-Creación de algoritmos de actuación ante situaciones especiales, cetoacidosis, coma hiperosmolar, tratamiento corticoideo, cirugía, procedimientos terapéuticos.

-Difusión mediante sesiones clínicas de los protocolos consensuados para facultativos, enfermería y MIR.

INDICADORES

Al inicio del protocolo se hará un muestreo con los siguientes indicadores y otro al año de su instauración y difusión

1. Porcentaje de pacientes ingresados en urgencias con tratamiento insulínico según protocolo del total de pacientes diabéticos
2. Porcentaje de pacientes diabéticos con ADO en el tratamiento del total de pacientes diabéticos.
3. Porcentaje de inicio de tratamiento insulínico en pacientes que acuden a urgencias con glucemia >180 mg/dl y que no eran diabéticos conocidos del total de pacientes.
4. Uso de pautas móviles como único tratamiento en pacientes diabéticos
5. Pauta correcta de insulina según el protocolo en pacientes con tratamiento corticoideo.

DURACIÓN

Reunión del grupo de trabajo en Noviembre .

Elaboración de protocolos y algoritmos de Noviembre 2016 a Febrero 2017.

Recogida de datos preliminar de indicadores en Noviembre

Difusión de los mismos en Marzo, Abril .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0643

1. TÍTULO

ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

Reevaluación de datos durante Noviembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0695

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE OSCAR ORTIGOSA AGUSTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO FORMENTO ENRIQUE
SANMARTIN ALLUE HECTOR
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
GARCES HORNA SILVIA
MURO CULEBRAS MARIA
TOMELO MUÑOZ RUTH
GARGALLO GASCA NAIARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ya se han realizado las etapas marcadas en la anterior memoria que son:

- Se ha elaborado la herramienta informática que permite la realización del curso online
- Ya se han elaborado los calendarios de talleres
- Preparación del material RCP, simuladores, exámenes,...
- Se ha iniciado parcialmente la difusión de la actividad por algunos Servicios/Unidades/ centros de Salud
- Bases de datos de cobertura de formación en los distintos servicios creadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todo el Proyecto se ha realizado, en cuanto a material y soporte tecnico.En estos momentos la oferta del curso se encuentra presencialmente en la Intranet del Sector II de Zaragoza con un número importante de inscripciones previas pero se encuentra pendiente de integrarse la herramienta online creada, en el Sistema Informático del Sector, por lo que todavía no se ha podido iniciar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo ha trabajado mucho en la realización del soporte informático para que sea ágil, intuitivo y sencillo, así como en las últimas actualizaciones de RCP con un material que se adapte a los profesionales que lo realicen así como herramientas de autoevaluación.
Por problemas técnicos de integración del soporte digital y de plazos con la acreditación del curso, no se ha podido iniciar; pero una vez que se solucionen se comenzará de inmediato dado el número de preinscripciones que ya se tienen.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/695 ===== ***

Nº de registro: 0695

Título
ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR, ALONSO FORMENTO ENRIQUE, SANMARTIN ALLUE HECTOR, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, GARCES HORNA SILVIA, MURO CULEBRAS MARIA, TOMELO MUÑOZ RUTH, GARGALLO GASCA NAIARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0695

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II

PROBLEMA

En el Sector Zaragoza II trabajan en la actualidad más de 6.000 profesionales. Como institución de Servicios Sanitarios muchos de sus trabajadores pueden verse en una situación de asistencia de una parada cardiorespiratoria. Los consensos internacionales al respecto realizan recomendaciones sobre la necesidad de que todos sus empleados y no solo en personal sanitario exclusivamente, posean conocimientos sobre RCP-Básica. EN la actualidad, la oferta formativa del Sector supone la formación anual de unos 250 profesionales en esta habilidad clínica. En estas condiciones, se hace imprescindible la puesta en marcha de una herramienta que ofrezca una mayor cobertura formativa pudiendo alcanzar a la totalidad de la población diana (todos los trabajadores). Este proyecto, que es continuidad del ya desarrollado en el ejercicio anterior, pretende poner en marcha un programa semipresencial de formación en RCP, principalmente destinado a aquellos grupos poblacionales difícilmente abarcables por la oferta formativa institucional.

RESULTADOS ESPERADOS

La propuesta para este proyecto es finalizar de desarrollar e implantar un modelo de formación semipresencial de RCP en el Sector Zaragoza II, pudiendo elaborar una base de datos que incluya a todo el personal adiestrado por servicios con el objetivo de garantizar la máxima cobertura de profesionales capacitados.

MÉTODO

El proyecto consiste en la elaboración de un entorno virtual ligado a la WEB del Sector en el que cualquier trabajador del mismo pueda acceder mediante sus claves personales a un desarrollo de material virtual con textos, imágenes y videos que despues de visualizar le pongan en situación de contestar un test teórico que una vez superado le ofrezca un calendario en el que se inscribirá el interesado para recibir en un taller de dos horas de duración un repaso de los aprendido y la realización de la parte práctica de la RCP. El desarrollo del proyecto previo incluyó el pasado año, la búsqueda bibliográfica, la elaboración de materiales teóricos, grabación de videos con MIR que actuaron de actores, elaboración de banco de preguntas para el test teórico que se incluye en el material. Además se ha realizado la selección de MIR que desarrollarán los talleres. La presenta solicitud se realiza para la consecución de las siguientes etapas del proyecto:

- La elaboración de la herramienta informática,
- Elaboración de calendarios de talleres,
- Preparación de material RCP,
- Difusión de la actividad por los Servicios/Unidades/Centros de Salud.
- Diseño y elaboración de certificados a los alumnos asistentes que superen la actividad.
- Base de datos de cobertura de formación en los diferentes servicios.
- Evaluación del proyecto.

INDICADORES

El proyecto se monitorizará bajo dos indicadores de "exito":

- 1.- Número de profesionales que han realizado la actividad/ capacidad máxima de formación según el diseño de talleres. (a los seis meses de puesta en marcha de la actividad).
- 2.- Encuesta de opinión de los profesionales que realicen la actividad

DURACIÓN

Como se ha descrito, este proyecto es continuidad del ya comenzado en el pasado ejercicio. Esta circunstancia conlleva que en la actualidad se sigue trabajando en su desarrollo. Una vez definido por el grupo de trabajo el material definitivo y los simuladores, se definirán los calendarios de talleres. Una vez finalizado este proceso se trabajará en la creación de la herramienta informática y las pruebas pertinentes durante el primer trimestre del año 2017. A partir de abril de 2017 se pretende realizar la difusión y presentación del programa. Se proponen los meses de mayo-junio 2017 como fechas para su puesta en marcha y oferta a los trabajadores del Sector.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0774

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE BELEN GROS BAÑERES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARRILLA HERRANZ PEDRO
MARTINEZ DELGADO SUSANA
GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS
MARCOS IÑIGUEZ ALMUDENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado:

6 sesiones formativas al personal médico del servicio, en cuanto a nuevos criterios, formación en escala NIH, concienciación de administración del tratamiento en TAC, etc...

Se han realizado varias sesiones de presentación de resultados a lo largo del año como feedback hacia los profesionales

Varias reuniones con los responsables de enfermería para aclarar dudas, criterios y dosis de administración del tratamiento fibrinolítico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han aumentado de forma considerable el número de pacientes que han recibido tratamiento fibrinolítico y la mayoría de ellos han recibido el inicio del mismo en la sala de TAC.

Ha disminuido de forma considerable el tiempo hasta el inicio del tratamiento habiéndose logrado conseguir el objetivo de su administración con una mediana de 50'.

(No dispongo en este momento de cifras concretas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha logrado concienciar al personal del servicio de la importancia de la celeridad del procedimiento del código Ictus, considerando que las reuniones de presentación de resultados tienen un buen impacto en ese sentido.

Se ha trabajado en formación tanto en médicos como enfermería, realizando algoritmos sencillos de los puntos clave de decisión y tratamiento.

Falta realizar más sesiones formativas y de feedback al personal de enfermería, así como la elaboración del Chek-list.

Falta incluir como pieza clave del proceso al personal subalterno (celadores) tanto en las sesiones formativas como de feedback para que tengan mayor implicación en el procedimiento

Falta tiempo durante la jornada laboral para la realización de las sesiones con enfermería y celadores y para la recogida de los datos.

Falta la completa automatización de la recogida de los datos, aunque se ha trabajado en ello.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/774 ===== ***

Nº de registro: 0774

Título

ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS

Autores:

GROS BAÑERES BELEN, PARRILLA HERRANZ PEDRO, MARTINEZ DELGADO SUSANA, GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS, MARCOS IÑIGUEZ ALMUDENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)

Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0774

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro del programa de Atención al Ictus en Aragón y la implantación de la Terapia Endovascular y las modificaciones constantes de los criterios de manejo de estos pacientes, creemos oportuno realizar un proyecto de formación en la atención al Ictus para el personal de nuestro servicio.

En el seguimiento de la atención que venimos realizando desde 2004, hemos detectado diversos puntos débiles en dicha asistencia:

- Elevado consumo de tiempo en la realización de filiación y triaje
- Escaso porcentaje de pacientes con claro registro de hora de inicio del Ictus
- Elevado tiempo Puerta-Aguja inferior a 60 min (Solo un 45% < 60')
- Importantes discordancias en la puntuación de NIHSS de los diferentes profesionales
- Elevado tiempo TAC-Aguja

Por lo tanto nos planteamos aprovechar la difusión de las novedades en la fibrinólisis del Ictus y de las terapias endovasculares para realizar una formación intensiva al personal de nuestro servicio.

Personal de Enfermería:

- Formación en nuevos criterios y tiempos de código Ictus
- Formación en minimizar el tiempo de triaje en estos pacientes
- protocolo de actuaciones automatizado en sala de vitales con reparto de tareas y con Check list del mismo
- Formación en preparación y administración del tratamiento fibrinolítico

Personal Médico del servicio:

- Formación en nuevos criterios de fibrinólisis y terapia endovascular
- Formación en valoración de escala NIH
- Concienciación de administración del tratamiento fibrinolítico en sala de TAC

RESULTADOS ESPERADOS

- Minimizar tiempo de triaje de estos pacientes
- Minimizar el porcentaje de pacientes en código Ictus que no son identificados en triaje Minimizar el tiempo de asistencia en vitales minimizando el tiempo puerta-TAC
- Minimizar la discordancia inter-observador en la valoración de la NIH
- Minimizar el tiempo TAC-Aguja logrando la administración del tratamiento en sala de TAC
- Aumentar el porcentaje de pacientes susceptibles de tratamiento endovascular que lo reciben

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo de Ictus

Realización de sesiones formativas de novedades del tratamiento fibrinolítico

Automatización en PCH y formación de las mismas del manejo de Ictus

Realización de sesiones formativas para enfermería

Realización de sesiones formativas valoración NIHSS

Difusión y formación del anagrama del manejo del código Ictus

Realización de Check-list de actividades de enfermería / médico

INDICADORES

Se analizarán los siguientes indicadores:

- Indicadores de código Ictus que venimos revisando anualmente
- Porcentaje de pacientes que reciben terapia endovascular
- Porcentaje de pacientes en los que figura hora de inicio de los síntomas
- Porcentaje de pacientes que se administra fibrinólisis en sala de TAC

DURACIÓN

- Reunión del grupo de trabajo en Noviembre
- Elaboración check list y algoritmos sencillos
- Sesiones formativas Noviembre-Diciembre
- Recogida de datos preliminar de indicadores en Noviembre-Diciembre
- Reevaluación de datos durante Noviembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0808

1. TÍTULO

RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO GIMENEZ VALVERDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR
GRACIA MATILLA ROSA
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ
VELILLA MOLINER JOAQUIN
BUSTAMANTE GONZALEZ EDUARDO
CASADO RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras revisar la bibliografía vigente se realizó un documento que clarificó y aportó datos suficientes para utilizar de forma correcta la procalcitonina.
Se programaron 4 sesiones clínicas en marzo, para adjuntos del Sº de urgencias, en el servicio de bioquímica y otras dos para residentes de Familia y especialidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se cuantificaron las peticiones solicitadas en el 2 semestre de 2017 frente a las que se solicitaron en el 2 semestre de 2016.??En 2016 se solicitaron por parte del Sº, de Urgencias 6739 determinaciones de procalcitonina que supusieron un 39.1% del total, En 2017 tras la intervención descrita el número de peticiones solicitadas fueron de 713 que fue 7,3%?del total de peticiones. El número de pruebas positivas en 2016 fue del 16.3% frente a un 41,6 en el periodo evaluado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una actitud vigilante sobre diversos aspectos de la práctica sanitaria nos debe llevar a implementar distintas intervenciones que nos ayude a mejorar la calidad asistencial, por una parte adecuando o racionalizando nuestras demandas con el consiguiente beneficio global, por una parte en este caso descongestionando el Laboratorio y por otras ahorrando una importante cantidad de dinero que se cifra entorno a los 50000 euros en el 2 semestre de 2017. El éxito de la actividad realizada por este equipo de mejora invita a plantearse nuevos objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/808 ===== ***

Nº de registro: 0808

Título
RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
GIMENEZ VALVERDE ANTONIO, ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR, GRACIA MATILLA ROSA, GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ, VELILLA MOLINER JOAQUIN, BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO, CASADO RAMON BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La patología infecciosa es una causa importante de asistencia en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH), alrededor del 10% de las mismas. La gravedad de estos procesos varía desde banales, la mayoría, hasta procesos de sepsis y shock séptico, procesos tiempo-dependientes en los que la administración precoz del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0808

1. TÍTULO

RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

tratamiento antibiótico y las decisiones diagnóstico-terapéuticas que conllevan, repercuten directamente en la supervivencia de los pacientes.

Los procalcitonina es un biomarcador de respuesta inflamatoria e infección que se ha posicionado como una herramienta de gran ayuda al clínico a la hora de mejorar el diagnóstico y tratamiento de la infección, permitiéndole discernir si un proceso es normal o patológico así como de monitorizar la respuesta al tratamiento. Las expectativas generadas por dicho biomarcador, la falta de conocimiento de sus características, de su cinética y de los mecanismos que hacen que se eleve, así como su facilidad de uso puede hacer incurrir al facultativo en una suprautilización, a veces desproporcionada, indicando su análisis fuera de los márgenes de utilidad establecidos. Del global de determinaciones realizadas en el hospital en 1 mes más del 50% de ellas parten del Sº de Urgencias (unas 900 determinaciones) siendo positivas un porcentaje entorno al 13-15%. Dado su coste directo así como la repercusión que tiene tan elevado número a nivel de laboratorio sería conveniente poner en marcha los mecanismos necesarios para racionalizar su uso.

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuación del uso de procalcitonina en pacientes con patología aguda. Ajustando su utilización a aquellos pacientes que se benefician de la información que aporta este biomarcador.

MÉTODO

Este proyecto de mejora se realizará de forma conjunta entre los Servicios de Urgencia y de Bioquímica.

a.- Una vez identificado el problema se valorará durante un mes la situación actual en cuanto al número de determinaciones solicitadas por el servicio de urgencias, el ratio en relación al volumen total de peticiones realizadas en el hospital, la patología para la que se pide, así como las veces que se ha monitorizado el tratamiento mediante la procalcitonina. Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.

b.- Para ello se elaborará tras revisar la bibliografía vigente con la finalidad de realizar un documento que clarifique y aporte los datos suficiente para su correcta utilización, desglosando las patologías que se benefician de su uso. Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.

c.-Se difundirá posteriormente mediante sesiones clínicas y material escrito a todos los facultativos que trabajan en urgencias, incluidos residentes. Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.

d.-Tras el periodo de difusión se valorará de nuevo la respuesta obtenida tras la intervención descrita.

INDICADORES

Para monitorizar el resultado del proyecto se utilizarán los siguientes marcadores:

a.-Variación del número de peticiones realizadas en el servicio de urgencias (peticiones de procalcitonina en urgencias en la evaluación inicial - peticiones evaluación final)

b.-Variación del ratio entre las peticiones totales hospitalarias y las peticiones de urgencias entre la evaluación inicial y la final

c.-Variación del número de determinaciones positivas entre la evaluación inicial y final

d.-Variación de las veces que se ha monitorizado el tratamiento entre la evaluación inicial y final

c.-Variación del ajuste de indicación a las patologías que se benefician de su uso entre la evaluación inicial y final

DURACIÓN

a.-Evaluación inicial. Diciembre 2016

b.-Revisión bibliografía y elaboración guía. Diciembre 2016

c.-Difusión de la guía mediante sesión clínica. Enero-Febrero 2017

d.-Evaluación final. Realización indicadores. Marzo 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0818

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 21/03/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO LOPEZ LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRENC ESPAÑOL PATRICIA
ABADIA GALLEGO VICTOR
GALVE GALVE JOSE ANTONIO
ASPAS LARTIGA CARLOS
MORENO DIAZ JAVIER
ALTISENT TROTA ROGELIO
LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se procedió a pasar encuestas, de forma anónima, en un periodo de 7 días, entre el personal facultativo del Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet, que incluían ítems sobre el tiempo dedicado a la información a pacientes y familiares de estos, grado de satisfacción del facultativo y grados e satisfacción percibida y/o expresada por pacientes y familiares, así como un apartado libre para sugerencias. Las encuestas eran rellenadas por los facultativos al final de su jornada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En general, los facultativos se mostraban satisfechos con la información aportada, si bien muchos de ellos expresaban tener poco tiempo dedicado para la información (menos de 5 minutos), en aproximadamente un 20% de los casos se percibía ligera o poca satisfacción en los pacientes y familiares, y en el texto libre había varias sugerencias acerca de la falta de espacio en según que áreas del servicio y falta de tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De los resultados recogidos en las encuestas se deduce que hay cierta discordancia entre la satisfacción del facultativo y la de los pacientes y familiares, así como falta de tiempo y en ocasiones de espacio para llevar a cabo el proceso de la información. Se debería llevar a cabo un estudio a más largo plazo, incluyendo a los especialistas que realizan interconsultas en el Servicio de Urgencias, y también encuestas específicas a los paciente no solo de satisfacción general, si no también de hasta que punto habían entendido lo que se les había explicado, si se habían resuelto sus dudas, si el facultativo se había mostrado empático (comprensivo), y si se habían sentido escuchados.
En cualquier caso, las conclusiones de este proyecto de mejora tan solo pueden aplicarse al Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet, y para las fechas en que se rellenaron las encuestas. Sería interesante ampliar a otros Servicios de urgencias de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/818 ===== ***

Nº de registro: 0818

Título
ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Autores:
LOPEZ LOPEZ FERNANDO, TRENC ESPAÑOL PATRICIA, ABADIA GALLEGO VICTOR, GALVE GALVE JOSE ANTONIO, ASPAS LARTIGA CARLOS JAVIER, MACIPE COSTA MARIA PILAR, ALTISENT TROTA ROGELIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sin distinción de patologías.
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0818

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

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

PROBLEMA

La comunicación es parte importante de nuestra vida, ya que establece como interactuamos con los demás, y, en profesiones en las que se trata con personas, aún más. Cuando se trata de medicina, es imprescindible establecer una buena relación médico-paciente,

Si a lo largo de la práctica médica es fácil encontrarse con dificultades para una buena comunicación, en la atención en los servicios de urgencias es una constante, por diversos motivos: falta de tiempo, presión asistencial, decisiones vitales en pocos minutos, ausencia de confidencialidad...

Es necesario conocer como es la comunicación del médico con paciente y familiares/acompañantes en las Urgencias Hospitalarias, con el objeto de identificar los problemas/carencias que se presentan

Nuestro objetivo es, una vez identificados estos problemas, establecer una serie de medidas destinadas a mejorar la relación médico-paciente/familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la satisfacción final de pacientes y familiares tras la atención en las Urgencias hospitalarias, mejorando así los resultados terapéuticos.
- Disminuir o atenuar el estrés que supone para los profesionales relacionarse con los pacientes.
- Establecer medidas para garantizar un mínimo grado de confidencialidad.

MÉTODO

Para conseguir estos objetivos se van a consensuar una guía con pautas básicas de actuación durante la comunicación con el paciente, con la colaboración de todos los miembros del Equipo de Mejora, basadas en la bibliografía disponible sobre la materia en el momento actual.

Revisaremos las publicaciones de Sociedades Científicas de entidad: Sociedad española de medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC), así como de La Universidad de Zaragoza, para aplicarlas a nuestro medio.

Se tratará de un documento en tamaño DIN A4, encuadernado, que se distribuirá a todos los Servicios previamente mencionados

INDICADORES

El proyecto se evaluará mediante una serie de ítems que deberán ser cumplimentados por los médicos que trabajen en la Urgencia Hospitalaria, tanto pertenecientes a los Servicios de Urgencias como a otras Especialidades que realicen alguna parte de su trabajo en la Urgencia tras completarse la atención a cada paciente.

Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:

1. Se pasará una encuesta paciente y familiares con varios ítems para valorar la atención recibida.
2. Tras la publicación de la guía básica de comunicación, comprobar que la difusión ha sido adecuada, de modo que cada uno de los Servicios implicados dispongan de las copias necesarias para su uso.

DURACIÓN

El proyecto tiene una duración de 6-8 meses para revisar y redactar la guía básica de comunicación con el paciente y familiares en los Servicios de Urgencias Hospitalarios con la presentación de resultados al finalizar el mismo.

2º trimestre 2017: Constitución del grupo de mejora y reparto de responsabilidades

Diseño del proyecto

3º trimestre 2017: Recogida y Análisis de datos

Elaboración del protocolo

4º trimestre 2017: Difusión de protocolo y distribución a los Servicios previamente mencionados, relacionados con la comunicación con los pacientes y familiares en los Servicios de Urgencias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1017

1. TÍTULO

TRIAJE PEDIATRICO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE JAVIER VAZQUEZ ARIZA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAMPOS CALLEJA CARMEN
GOMEZ BARRENA VIRGINIA
BARRIO PALOMAR NIEVES
IRIARTE VICENTE MARIA JOSE
FORCADA MARTIN TERESA
MARIN GOMEZ MARIA ANGELES
MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SEMINARIO TEÓRICO DE 4 HORAS (SOPORTE POWER POINT: ACERCAMIENTO HISTÓRICO DEL TRIAJE, CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRIAJE, SISTEMAS INFORMÁTICOS DE TRIAJE, VALORACIÓN PEDIÁTRICA DEL TRIAJE.)
SIMULACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA (CASOS PRÁCTICOS CON PCH)
PRÁCTICAS PRESENCIALES EN EL PUESTO DE TRIAJE DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE 8 HORAS DE DURACIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

LA FINALIDAD DEL PROYECTO ES LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL TRIAJE PEDIÁTRICO PARA CONSEGUIR UNA MEJORA EN LA VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ES NECESARIA LA REALIZACIÓN DE LA FORMACIÓN EN TRIAJE PEDIÁTRICO PREVIA A LA CONTRATACIÓN ESTIVAL, COINCIDIENDO CON LA LLEGADA DE LOS EIR EN PEDIATRÍA.
DE ESTA MANERA SE MEJORARÁ EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD Y SE DARÁ MÁS RELIEVE A LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL CON PERFILES DEFINIDOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1017 ===== ***

Nº de registro: 1017

Título
MEJORA DE LA FORMACION EN TRIAJE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
VAZQUEZ ARIZA JAVIER, IBAÑEZ NUEZ SONIA, PADILLA ARAGÜES GUSTAVO, MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE, GOMEZ BARRERA VIRGINIA, CAMPOS CALLEJA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Todos los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) de Aragón disponen de área de triaje donde el personal de enfermería es el responsable de realizar la valoración preliminar del paciente a su llegada al servicio para estratificarlo según su nivel de urgencia y ubicar al paciente en el área más idónea para su atención y/o tratamiento.

Para realizar esta labor de manera eficiente, útil y segura se aplican los algoritmos establecidos por el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1017

1. TÍTULO

TRIAJE PEDIATRICO HOSPITALARIO

Sistema Español de Triage (SET) a través de los protocolos que ofrece el Programa de Ayuda al Triage (web_e-PAT). Aunque existen ya programas formativos acreditados sobre triaje estructurado, se considera que dadas las peculiaridades del paciente pediátrico es necesario desarrollar y adquirir las habilidades específicas para optimizar la valoración de estos pacientes y profundizar en los aspectos donde los programas de aprendizaje en triaje genérico no puede detenerse. Las necesidades de formación en triaje pediátrico han sido detectadas en la propia unidad de urgencias y también a la demanda del personal de nueva incorporación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disponer de formación específica en "Triage Pediátrico mediante Curso Teórico-Practico acreditado por el SALUD.
- Disminuir la variabilidad mediante formación específica en triaje pediátrico del personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Urgencias
- Mejorar satisfacción de los profesionales de enfermería de la formación recibida

MÉTODO

- 1.- Reunión de equipo calidad, establecer cronograma de trabajo.
- 2.- Revisión y búsqueda bibliográfica del estado actual del tema (manuales, cursos pediátricos en otras comunidades.
- 3.- Reunión con Grupo de Trabajo de Calidad de Urgencias de H.General.
- 4.- Diseño curso con Responsable de Formación de PCH Aragón.
- 5.- Consenso en reuniones del equipo calidad.
- 6.- Envío de acreditación al SALUD y oferta de curso a través de F Continuada.
- 7.- Oferta de curso a través del portal del empleado.
- 8.- Reunión del grupo de mejora para análisis de los resultados.

INDICADORES

- Diseño de curso y obtención de acreditación por Formación Continuada del SALUD.
- N° de profesionales formados/ n° total de profesionales en activo en la Unidad >80%.
- N° de profesionales satisfechos de la formación/ n° total de profesionales formados en el curso >90%.

DURACIÓN

Mayo-Junio 2016:

- Reunión de equipo calidad, establecer cronograma de trabajo.
- Revisión y búsqueda bibliográfica del estado actual del tema
- Diseño y oferta del curso

Julio- Noviembre 2016:

- Evaluación de resultados y encuesta del curso.
- Reunión de equipo y planificar nuevas ediciones del curso

Diciembre- marzo 2017:

- Reunión de equipo y planificar nuevas ediciones del curso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 14/02/2018

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.

GIL FABRA JESUS
MALLEN MATEO EVA
CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE
ESCARTIN MARTINEZ IRENE
RIAZUELO FANTOVA GEMA
ALFARO TORRES JORGE
MARQUINA IBAÑEZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Gestión global: coordinación de especialidades, análisis de resultados, actualización científica, implementación del proyecto multicéntrico nacional a nuestro medio. RESPONSABLE: Á. BORQUE (Jefe Sección, Unidad Próstata, Urología). Liberación asistencial: 1 día mes
- Optimización de visita urológica: agrupamiento en visita específica, 2 consultas específicas/mes, protocolización de la misma, visionado del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo (AragonTV): documental realizado a todos nosotros y pacientes, y para cuyo visionado nos ha autorizado AragonTV. RESPONSABLES: J. GIL, E. MALLÉN, Á. BORQUE, y MJ. GIL (Jefa Servicio, Urología)
- Optimización de la RM de próstata: disponibilidad de citas, estandarización de interpretación (PIRADS 2.0), y creación de plantilla específica en los informes para una mejor concordancia con la BxP transperineal.
RESPONSABLES:
JJ. CASTILLO, I. ESCARTÍN, G. RIAZUELO, y L. ROS (Jefe Servicio, Radiología)
- Estandarización de la interpretación de BxP: creación de un protocolo que permita la fácil identificación de los pacientes candidatos a VA, y creación de un protocolo para las BxP de seguimiento en VA. RESPONSABLES: J. ALFARO (Jefe Sección, Anatomía Patológica), I. MARQUINA, S. HAKIM, y R. ÁLVAREZ (Jefe Servicio, Anatomía Patológica)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Actualización de protocolo de VA en CaP: diseño del protocolo.
- Habilitación de consulta mensual de VA en Urología: agenda (GUROVA) 2º y 4º miércoles de cada mes.
- Agenda para la citación de RM de próstata.
- Plantilla de interpretación prostática (PIRADS 2.0): diseño e implementación informática, por el momento textual.
- Actualización de plantilla de interpretación de BxP para identificación de pacientes candidatos a VA: diseño e implementación de plantilla, por el momento textual
- Plantilla de interpretación de la BxP transperineal en VA: diseño e implementación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Urología: activación de la consulta específica. Los pacientes candidatos a este esquema terapéutico son seleccionados desde la recepción del resultado de la Bx y atendidos en dicha consulta específica de un modo individualizado y especializado por profesionales especialmente formados en VA, ello ha permitido dar una mayor calidad asistencial y confianza a nuestros pacientes.
- Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, AragonTV): adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología). PENDIENTE adquisición de monitores con cargo a otros proyectos económicos del Servicio todavía no finalizados y de ubicar espacio físico para el visionado de los pacientes.
- Las plantilla de interpretación de Bx transperineal a implementar en los informes de radiología y anatomía patológica todavía no se han implementado en formato gráfico, pero sí en formato de texto que permite una mejor interpretación y simbiosis entre los informes de resonancia, la realización de la biopsia transperineal y la identificación de las áreas tumorales en la anatomía patológica. Tanto los criterios PIRADS 2.0 de interpretación radiológica como ISUP-2015 de interpretación histológica están consolidados.

7. OBSERVACIONES.

En la evolución de este proyecto hemos desarrollado un importante esfuerzo de investigación asociado. Lideramos junto con el Servicio de Urología del Instituto Valenciano de Oncología (Dr. J. Rubio) un proyecto multicéntrico nacional sobre pacientes en Vigilancia Activa con más de 50 centros participando y cerca de 1800 pacientes en seguimiento y evaluación. A su vez hemos hecho nuestro propio análisis de los 115 pacientes actualmente en este manejo en nuestro centro. Y hemos hecho un esfuerzo de exportación de nuestra organización asistencial al respecto, y resultados impartiendo un programa Focuss sobre Vigilancia Activa a lo largo del pasado año. Como ya se apuntó en la memoria inicial: es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, M^a Jesús (HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/UROLOGÍA), ROS MENDOZA, Luis (HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/RADIOLOGÍA) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/675 ===== ***

Nº de registro: 0675

Título
MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, GIL FABRA JESUS, MALLÉN MATEO EVA, CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE, ESCARTÍN MARTINEZ IRENE, RIAZUELO FANTOVA GEMA, ALFARO TORRES JORGE, MARQUINA IBÁÑEZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sensibilización en cáncer de próstata (CaP), el cribado poblacional encubierto, y en su defecto el cribado oportunistico del CaP, han mostrado su impacto en mortalidad, pero también un sobrediagnóstico de CaP's "latentes", "indolentes" o "insignificantes" que difícilmente afectarán a corto, medio o largo plazo en mortalidad ni calidad de vida de sus portadores; pero que tras su diagnóstico se siguen de un "sobretatamiento", mediante cirugía o radioterapia, que sin olvidar el coste económico, llevan consigo potenciales efectos secundarios limitantes en calidad de vida como incontinencia urinaria e impotencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Maximizar la VA como enfoque terapéutico de CaP de Bajo/Muy Bajo Riesgo.
Ajustar los plazos de realización de pruebas de seguimiento evitando demoras de bajo riesgo oncológico pero alta ansiedad en pacientes.
Optimizar la interpretación de las BxP en VA por parte del Servicio de Anatomía Patológica

MÉTODO
- Gestión global: coordinación de especialidades, análisis de resultados, actualización científica, implementación del proyecto multicéntrico nacional a nuestro medio. RESPONSABLE: Á. BORQUE (Jefe Sección, Unidad Próstata, Urología). Liberación asistencial: 1-2 días/mes
- Optimización de visita urológica: agrupamiento en visita específica, 1-2 veces/mes (según necesidades), protocolización de la misma, visionado del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo (AragonTV): documental realizado a todos nosotros y pacientes, y para cuyo visionado nos ha autorizado AragonTV. RESPONSABLES: J. GIL, E. MALLÉN, Á. BORQUE, y MJ. GIL (Jefa Servicio, Urología)
- Optimización de la RM de próstata: disponibilidad de citas, estandarización de interpretación (PIRADS 2.0), y creación de plantilla específica en los informes para una mejor concordancia con la BxP transperineal. RESPONSABLES: JJ. CASTILLO, I. ESCARTÍN, G. RIAZUELO, y L. ROS (Jefe Servicio, Radiología)
- Estandarización de la interpretación de BxP: creación de un protocolo que permita la fácil identificación de los pacientes candidatos a VA, y creación de un protocolo para las BxP de seguimiento en VA. RESPONSABLES: J. ALFARO (Jefe Sección, Anatomía Patológica), I. MARQUINA, S. HAKIM, y R. ÁLVAREZ (Jefe Servicio, Anatomía Patológica)

INDICADORES
- INDICADOR (I): Actualización de protocolo de VA en CaP. MONITORIZACIÓN (M): diseño del protocolo.
- (I): Habilitación de consulta mensual de VA en Urología. (M): agenda y frecuentación de citas.
- (I): Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, AragonTV). (M): adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología).
- (I): Agenda para la citación de RM de próstata. (M): citas realizadas.
- (I): Plantilla de interpretación prostática (PIRADS 2.0). (M): diseño e implementación informática
- (I): Actualización de plantilla de interpretación de BxP para identificación de pacientes candidatos a VA. (M): diseño e implementación de plantilla

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

- (I): Plantilla de interpretación de la BxP transperineal en VA. (M): diseño e implementación

DURACIÓN

Cronograma: 2 años:

- Mes 1 a 6: Análisis de las necesidades de apertura de consultas urológicas de VA, 1 ó 2/mes. (los pacientes se visitan semestralmente en la consulta de Proceso de próstata, entremezclados con el resto, en 6 meses se identificarían todos ellos) + Análisis de necesidades de apertura de citas de RM. + Diseño de plantilla de interpretación de RM prostática, e integración informática + Diseño de plantilla de interpretación de BxP basal para identificación de candidatos a VA, e integración informática. + Diseño de la plantilla de interpretación de BxP de seguimiento en VA, e integración informática.

- Mes 6 a 18: Activación y seguimiento de la consulta de VA. + Activación y seguimiento de las citaciones de RM. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA.

- Mes 18 a 24: análisis de indicadores y reajuste

OBSERVACIONES

El presente proyecto integra en el Equipo de Mejora para su desarrollo y de un modo imprescindible a la Dra. HAKIM ALONSO, Sofía (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/shakim@salud.aragon.es).

Su colaboración es absolutamente necesaria para este Proyecto de Mejora de carácter multidisciplinar que integra 3 profesionales por Servicio implicado.

Del mismo modo que es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, M^a Jesús (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/UROLOGÍA/mjgilsa@salud.aragon.es), ROS MENDOZA, Luis (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/RADIOLOGÍA/lhrosmendoza@gmail.com) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/ralvareza@salud.aragon.es)

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 24/02/2019

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.
GIL FABRA JESUS
MALLEN MATEO EVA
CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE
ESCARTIN MARTINEZ IRENE
RIAZUELO FANTOVA GEMA
ALFARO TORRES JORGE
MARQUINA IBAÑEZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Activación y seguimiento de la consulta de Vigilancia activa (VA) (Urología).
- Activación y seguimiento de las citaciones de Resonancia magnética (RM) (Radiodiagnóstico).
- Activación y seguimiento de la plantilla de Biopsia de Próstata (BxP) identificativa de candidatos a VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica).
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Activación y seguimiento de la consulta de VA (Urología): se han estandarizado las 2 consultas al mes para la visita urológica de este tipo de pacientes habiéndose realizado 290 citas a lo largo de 2018.
- Activación y seguimiento de las citaciones de RM (Radiodiagnóstico): el protagonismo creciente de la RM en la sospecha diagnóstica de cáncer de próstata, ha limitado su disponibilidad para la Vigilancia Activa.
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica): se han mantenido los criterios de selección de los pacientes candidatos a VA en 2017.
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica): se han mantenido los criterios de selección de los pacientes candidatos a VA en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Activación y seguimiento de la consulta de VA (Urología): el flujo de pacientes candidatos a VA ha sido acorde al diseño planteado en su momento así como los pacientes que a lo largo del tiempo pasan a tratamiento activo, lo cual ha permitido que el diseño inicial permita la asunción asistencial de todos los pacientes en VA con 2 consultas urológicas destinadas a ello al mes.
- Activación y seguimiento de las citaciones de RM (Radiodiagnóstico): la RM cada vez adelanta más su momento de indicación ante la sospecha de cáncer de próstata, no sólo durante el seguimiento; ello ha saturado la disponibilidad de la misma por parte del Servicio de Radiodiagnóstico, con lo que sus plazos de realización empiezan a acercarse al límite de lo deseable. Esta realidad hace previsible a muy corto plazo la necesidad de incrementar la disponibilidad de recursos en citas, para satisfacer esta demanda asistencial.
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica): la plantilla implementada en 2017 ha resultado ser de la suficiente actualidad y fortaleza científica como para que en 2018 sigue manteniéndose absolutamente vigente, sin conveniencia alguna de reajuste; y siendo referente para otros centros de la Comunidad Autónoma a los que se ha difundido mediante un programa Focuss desarrollado de nuevo en 2018, así como a otras Comunidades Autónomas y centros de nuestro país.
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica): nuevamente nuestra plantilla de seguimiento se ha confirmado como actualizada y de fortaleza científica con extensa difusión a otros centros como en el epígrafe anterior. Se ha consolidado un informe específico por sectores en el Servicio de Anatomía Patológica, y del mismo modo el Servicio de Radiodiagnóstico informa con la codificación de la plantilla por sectores de las zonas de sospecha para una mejor BxP para su realización por fusión cognitiva. La integración de la plantilla gráfica en los informes anatómo-patológicos y de RM no ha sido factible, pero se ha desestimado en favor de la información contextual codificada sobre la plantilla sectorial pre-definida y consensuada (Ápex=A, Base=B, Zona Media=M / Izquierda=I, Derecha=D / Sectores 1 a 5, en cada combinación: AI 1 a 5, AD 1 a 5, ..., BI 1 a 5). Sobre esta base se han informado las 38 RM sometidas a BxP por VA en 2018.

7. OBSERVACIONES.
El material, televisor, y decodificador para visionado del vídeo titulado "Vivir con cáncer", realizado y previamente autorizado por AragónTV; no se ha podido adquirir por ausencia de fondos. Pero ambos elementos han sido cedidos gratuitamente por parte del Investigador Principal en aras del beneficio a los pacientes siendo ubicados ya en las consultas externas de Urología, para visionado de los pacientes.
A pesar de tratarse de un proyecto multidisciplinar, con 3 servicios implicados, la convocatoria no se reajusta a esa posibilidad y la limitación de participantes se circunscribe a 8 profesionales. En este sentido quedarían injustamente excluidas del reconocimiento a su compromiso y esfuerzo las doctoras HAKIM ALONSO, Sofía (Anatomía Patológica) y SOLANAS ÁLAVA, Susana (Radiodiagnóstico). Ruego les sea tenido en cuenta el presente mérito curricular en algún modo en reconocimiento y agradecimiento a su implicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Como ya se apuntó en la memoria inicial y en la memoria de seguimiento: es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, M^a Jesús (UROLOGÍA), ROS MENDOZA, Luis (RADIOLOGÍA) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (ANATOMÍA PATOLÓGICA).

*** ===== Resumen del proyecto 2016/675 ===== ***

Nº de registro: 0675

Título
MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, GIL FABRA JESUS, MALLEN MATEO EVA, CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE, ESCARTIN MARTINEZ IRENE, RIAZUELO FANTOVA GEMA, ALFARO TORRES JORGE, MARQUINA IBAÑEZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sensibilización en cáncer de próstata (CaP), el cribado poblacional encubierto, y en su defecto el cribado oportunistico del CaP, han mostrado su impacto en mortalidad, pero también un sobrediagnóstico de CaP's "latentes", "indolentes" o "insignificantes" que difícilmente afectarán a corto, medio o largo plazo en mortalidad ni calidad de vida de sus portadores; pero que tras su diagnóstico se siguen de un "sobretreatmento", mediante cirugía o radioterapia, que sin olvidar el coste económico, llevan consigo potenciales efectos secundarios limitantes en calidad de vida como incontinencia urinaria e impotencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Maximizar la VA como enfoque terapéutico de CaP de Bajo/Muy Bajo Riesgo.
Ajustar los plazos de realización de pruebas de seguimiento evitando demoras de bajo riesgo oncológico pero alta ansiedad en pacientes.
Optimizar la interpretación de las BxP en VA por parte del Servicio de Anatomía Patológica

MÉTODO
- Gestión global: coordinación de especialidades, análisis de resultados, actualización científica, implementación del proyecto multicéntrico nacional a nuestro medio. RESPONSABLE: Á. BORQUE (Jefe Sección, Unidad Próstata, Urología). Liberación asistencial: 1-2 días/mes
- Optimización de visita urológica: agrupamiento en visita específica, 1-2 veces/mes (según necesidades), protocolización de la misma, visionado del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo (AragonTV): documental realizado a todos nosotros y pacientes, y para cuyo visionado nos ha autorizado AragonTV. RESPONSABLES: J. GIL, E. MALLEN, Á. BORQUE, y MJ. GIL (Jefa Servicio, Urología)
- Optimización de la RM de próstata: disponibilidad de citas, estandarización de interpretación (PIRADS 2.0), y creación de plantilla específica en los informes para una mejor concordancia con la BxP transperineal. RESPONSABLES: JJ. CASTILLO, I. ESCARTÍN, G. RIAZUELO, y L. ROS (Jefe Servicio, Radiología)
- Estandarización de la interpretación de BxP: creación de un protocolo que permita la fácil identificación de los pacientes candidatos a VA, y creación de un protocolo para las BxP de seguimiento en VA. RESPONSABLES: J. ALFARO (Jefe Sección, Anatomía Patológica), I. MARQUINA, S. HAKIM, y R. ÁLVAREZ (Jefe Servicio, Anatomía Patológica)

INDICADORES
- INDICADOR (I): Actualización de protocolo de VA en CaP. MONITORIZACIÓN (M): diseño del protocolo.
- (I): Habilitación de consulta mensual de VA en Urología. (M): agenda y frecuentación de citas.
- (I): Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, AragonTV). (M): adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología).
- (I): Agenda para la citación de RM de próstata. (M): citas realizadas.
- (I): Plantilla de interpretación prostática (PIRADS 2.0). (M): diseño e implementación informática

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

- (I): Actualización de plantilla de interpretación de BxP para identificación de pacientes candidatos a VA. (M): diseño e implementación de plantilla
- (I): Plantilla de interpretación de la BxP transperineal en VA. (M): diseño e implementación

DURACIÓN

Cronograma: 2 años:

- Mes 1 a 6: Análisis de las necesidades de apertura de consultas urológicas de VA, 1 ó 2/mes. (los pacientes se visitan semestralmente en la consulta de Proceso de próstata, entremezclados con el resto, en 6 meses se identificarían todos ellos) + Análisis de necesidades de apertura de citas de RM. + Diseño de plantilla de interpretación de RM prostática, e integración informática + Diseño de plantilla de interpretación de BxP basal para identificación de candidatos a VA, e integración informática. + Diseño de la plantilla de interpretación de BxP de seguimiento en VA, e integración informática.
- Mes 6 a 18: Activación y seguimiento de la consulta de VA. + Activación y seguimiento de las citaciones de RM. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA.
- Mes 18 a 24: análisis de indicadores y reajuste

OBSERVACIONES

El presente proyecto integra en el Equipo de Mejora para su desarrollo y de un modo imprescindible a la Dra. HAKIM ALONSO, Sofía (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/shakim@salud.aragon.es). Su colaboración es absolutamente necesaria para este Proyecto de Mejora de carácter multidisciplinar que integra 3 profesionales por Servicio implicado.

Del mismo modo que es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, M^a Jesús (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/UROLOGÍA/mjgilsa@salud.aragon.es), ROS MENDOZA, Luis (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/RADIOLOGÍA/lhrosmendoza@gmail.com) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/ralvareza@salud.aragon.es)

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE PEDRO GIL MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARELA ESPIN JOAQUIN
GARETA ALQUEZAR CLARA
MALLEEN MATEO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Varias reuniones con At primaria para centrar la problemática de los pacientes remitidos a At especializada urológica.

-Cuantificación de las consultas remitidas: 30-40 pacientes/día.

-Actualización y/o elaboración de algoritmos de manejo de las distintas patologías urológicas que se devolverán a At primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre 1/6/2017 y 31/12/2018 se han realizado globalmente 1097 consultas virtuales de Urología, 27,1% resueltas sin cita.

-Diciembre 2017: 369 interconsultas solicitadas desde At Primaria y valoradas por Urología. 10,3% resueltas sin cita.

-Noviembre 2017: 512 interconsultas. 19,5% resueltas sin cita.

-Octubre 2017: 541 interconsultas. 26,7% resueltas sin cita.

-Septiembre 2017: 91 interconsultas. 56% resueltas sin cita.

-Agosto 2017: 18 interconsultas. 77,7% resueltas sin cita.

-Julio 2017: 21 interconsultas. 42,8% resueltas sin cita.

-Junio 2017: 14 interconsultas. 42,8% resueltas sin cita.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Existe variabilidad entre urólogos en el porcentaje de consultas virtuales resueltas sin cita.

-Existe amplia variabilidad en los distintos Centros de Salud respecto a la patología remitida para valoración a At especializada, así como en la voluntad de mantener en primaria a los pacientes valorados sin cita.

7. OBSERVACIONES.

Se requieren reuniones sucesivas con los distintos Centros de Salud, así como reflexiones internas por parte del Sº de Urología.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1243 ===== ***

Nº de registro: 1243

Título
CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Autores:
GIL MARTINEZ PEDRO, CARELA ESPIN JOAQUIN, MALLEEN MATEO EVA, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, RONCALES BADAL ANGEL, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos ..: Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación entre varios niveles asistenciales

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La relación entre Atención Primaria y Atención especializada es una de las bases fundamentales para el buen funcionamiento del sistema público de Salud.

Por otra parte, las nuevas tecnologías nos ofrecen la oportunidad de establecer interconsultas virtuales que agilicen todo el proceso de intercomunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar el manejo de las patologías urológicas sencillas más prevalentes en Atención Primaria, para disminuir el número de derivaciones a atención especializada urológica.

De esta se podrá evitar las molestias al paciente derivadas de acudir a otro nivel asistencial, y cuando sea necesaria dicha derivación que sea más precoz.

MÉTODO

-Elaboración de protocolos clínicos de manejo en Atención primaria así como de derivación a especializada de las patologías urológicas más prevalentes.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo.

INDICADORES

-Disminución del N° de derivaciones desde Atención Primaria a Urología jerarquizada.

-N° de interconsultas telemáticas efectuadas.

DURACIÓN

Cronograma previsto:

-Elaboración de protocolos clínicos: abril a mayo 2017.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS: abril 2017.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo: abril 2017.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales: junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE PEDRO GIL MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARELA ESPIN JOAQUIN
GARETA ALQUEZAR CLARA
MALLEN MATEO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración conjuntamente con todo el Sº de Urología de HUMS de los siguientes nuevos algoritmos de manejo conjunto (Urología/At. Primaria): BPH, eyaculación precoz, hemospemia, microhematuria. Puesta al día de los restantes algoritmos de patologías urológicas para manejo conjunto con At. primaria
-Cuantificación de las consultas remitidas: 30-40 pacientes/día.
-Creación de base de datos donde se reflejan todas las interconsultas virtuales realizadas.
-Análisis individualizado de las distintas patologías urológicas de las cuales se solicita interconsulta virtual por Centro de Salud y análisis preliminar de los problemas detectados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre principios de 1/9/2017 y 31/8/2018 se han realizado globalmente 5026 consultas virtuales de At. primaria a Urología, 17% (870) resueltas sin cita.
-Sept 2017: 91 interconsultas solicitadas desde At Primaria y valoradas por Urología. 56% resueltas sin cita.
-Octubre 2017: 370 interconsultas. 22% resueltas sin cita.
-Noviembre 2017: 511 interconsultas. 19% resueltas sin cita.
-Diciembre 2017: 366 interconsultas. 10% resueltas sin cita.
-Enero 2018: 475 interconsultas. 19% resueltas sin cita.
-Febrero 2018: 472 interconsultas. 13% resueltas sin cita.
-Marzo 2018: 482 interconsultas. 14% resueltas sin cita.
-Abril 2018: 467 interconsultas. 19% resueltas sin cita.
-Mayo 2018: 512 interconsultas. 12% resueltas sin cita.
-Junio 2018: 441 interconsultas. 17% resueltas sin cita.
-Julio 2018: 407 interconsultas. 15% resueltas sin cita.
-Agosto 2018: 358 interconsultas. 15% resueltas sin cita.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Existe correlación evidente entre los recursos de Urología destinados a la interconsulta virtual (puesto de urólogo/semana) y la calidad de nuestra respuesta.
-Existe necesidad de realizar reuniones con los equipos de Mª Familia para evaluar las patologías urológicas cuya remisión al nivel asistencial de primaria causa dificultades en el manejo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1243 ===== ***

Nº de registro: 1243

Título
CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Autores:
GIL MARTINEZ PEDRO, CARELA ESPIN JOAQUIN, MALLEN MATEO EVA, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, RONCALES BADAL ANGEL, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación entre varios niveles asistenciales

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La relación entre Atención Primaria y Atención especializada es una de las bases fundamentales para el buen funcionamiento del sistema público de Salud.

Por otra parte, las nuevas tecnologías nos ofrecen la oportunidad de establecer interconsultas virtuales que agilicen todo el proceso de intercomunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar el manejo de las patologías urológicas sencillas más prevalentes en Atención Primaria, para disminuir el número de derivaciones a atención especializada urológica.

De esta se podrá evitar las molestias al paciente derivadas de acudir a otro nivel asistencial, y cuando sea necesaria dicha derivación que sea más precoz.

MÉTODO

-Elaboración de protocolos clínicos de manejo en Atención primaria así como de derivación a especializada de las patologías urológicas más prevalentes.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo.

INDICADORES

-Disminución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria a Urología jerarquizada.

-Nº de interconsultas telemáticas efectuadas.

DURACIÓN

Cronograma previsto:

-Elaboración de protocolos clínicos: abril a mayo 2017.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS: abril 2017.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo: abril 2017.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales: junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 23/02/2020

2. RESPONSABLE PEDRO GIL MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARELA ESPIN JOAQUIN
GARETA ALQUEZAR CLARA
MALLEN MATEO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
(IV: interconsulta virtual).
-Difícil organización interna de nuestro Sº para dejar un staff encargado de las IV, al menos 3 puestos/semana, en full time toda la mañana, liberándolo de actividad quirúrgica, consulta externa o pase de visita. Desde 1/2020 esta actividad se realiza miércoles, jueves y viernes en HGDZ a la vez que se procede al pase de visita y dar de alta a los pacientes postoperados urológicos en dicho Centro.
-Creación de base de datos donde se reflejan todas las IV realizadas desde At. Primaria.
-Cuantificación de las consultas remitidas: aprox. 500 interconsultas virtuales/mes (30-40/día). Se responden IV de los 20 centros de Salud del Sector Zaragoza II.
-Se responde a las IV, con la premisa advertida cuando empezamos (2016) de intentar devolver a At Primaria (resolver sin cita) aprox. un 20% de IV.
-Valoración de forma individual de la necesidad de algún algoritmo nuevo (distinto a los 10 ya existentes) para manejo conjunto At. Primaria/Urología de las distintas patologías urológicas, o bien problemas con alguna patología en concreto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A lo largo del 2019 (entre 1/ene y 31/dic) hemos contestado 5.810 IV, 896 de ellas resueltas sin cita (15,4%). Desglose por meses:
-Ene 2019: 545 interconsultas solicitadas desde At Primaria y valoradas por Urología. 12,8% resueltas sin cita.
-Feb 2019: 510 interconsultas. 15,6% resueltas sin cita.
-Mar 2019: 504 interconsultas. 16% resueltas sin cita.
-Abril 2019: 473 interconsultas. 16,4% resueltas sin cita.
-Mayo 2019: 523 interconsultas. 17,7% resueltas sin cita.
-Junio 2019: 437 interconsultas. 16,2% resueltas sin cita.
-Julio 2019: 460 interconsultas. 12,8% resueltas sin cita.
-Ago 2019: 386 interconsultas. 16% resueltas sin cita.
-Sept 2019: 473 interconsultas. 15,2% resueltas sin cita.
-Oct 2019: 574 interconsultas. 13,9% resueltas sin cita.
-Nov 2019: 520 interconsultas. 15,5% resueltas sin cita.
-Dic 2019: 405 interconsultas. 17% resueltas sin cita.
Solemos encontrar problemas con la devolución de pacientes a At. Primaria en el algoritmo "manejo de la masa intraescrotal", por el miedo a existir patología neoplásica testicular subyacente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Importancia de las reuniones periódicas entre AT. primaria y Urología en los distintos Centros de Salud, para valorar disfuncionalidades y corregirlas.
-Existe correlación evidente entre los recursos de Urología destinados a la interconsulta virtual (puesto de urólogo/semana) y la calidad de nuestra respuesta.

7. OBSERVACIONES.
¿Durante cuántos años se puede ir enviando actualizaciones de un mismo proyecto?

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1243 ===== ***

Nº de registro: 1243

Título
CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Autores:
GIL MARTINEZ PEDRO, CARELA ESPIN JOAQUIN, MALLEN MATEO EVA, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, RONCALES BADAL ANGEL,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación entre varios niveles asistenciales

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La relación entre Atención Primaria y Atención especializada es una de las bases fundamentales para el buen funcionamiento del sistema público de Salud.

Por otra parte, las nuevas tecnologías nos ofrecen la oportunidad de establecer interconsultas virtuales que agilicen todo el proceso de intercomunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar el manejo de las patologías urológicas sencillas más prevalentes en Atención Primaria, para disminuir el número de derivaciones a atención especializada urológica.

De esta se podrá evitar las molestias al paciente derivadas de acudir a otro nivel asistencial, y cuando sea necesaria dicha derivación que sea más precoz.

MÉTODO

-Elaboración de protocolos clínicos de manejo en Atención primaria así como de derivación a especializada de las patologías urológicas más prevalentes.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo.

INDICADORES

-Disminución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria a Urología jerarquizada.

-Nº de interconsultas telemáticas efectuadas.

DURACIÓN

Cronograma previsto:

-Elaboración de protocolos clínicos: abril a mayo 2017.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS: abril 2017.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo: abril 2017.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales: junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1260

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA (ACUERDO DE GESTION)

Fecha de entrada: 18/03/2019

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.
GIL FABRA JESUS
MALLEEN MATEO EVA
GIL SANZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Instaurar 2 consultas/mes destinadas a Vigilancia Activa, con periodicidad quincenal, atendidas alternativamente por los Dres. Gil Fabra y Mallén, y en su ausencia por el Dr. Borque

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualización de protocolo de VA en CaP.

Habilitación de 2 consultas mensuales de VA en Urología: Agenda (GUROVA) y frecuentación de citas: 30 minutos para primeros días, y 15 minutos para visitas de seguimiento. 2º y 4º miércoles de cada mes.

Actualización de plantilla de interpretación de Biopsia de Próstata para identificación de pacientes candidatos a VA. Diseño e implementación de plantilla

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Visionado por los pacientes en la sala de espera del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo Aragon TV): documental realizado a todos nosotros y pacientes. Este aspecto queda pendiente de la adquisición de los monitores con cargo a un proyecto de investigación del Servicio que culmina a finales de este próximo mes de febrero y tras ello la adquisición de dichos monitores y habilitación del espacio físico para su visionado.

La adquisición de un nuevo aparato de ecografía con fusionado de imágenes resonancia-ecografía y guiado de la práctica de la biopsia sería altamente recomendable para optimizar su realización. Nos encontramos pendientes de su evaluación y solicitud de adquisición.

7. OBSERVACIONES.

Hemos realizado un programa Focuss al respecto el pasado año al objeto de favorecer la aplicación de esta estrategia terapéutica al resto de hospitales de la Comunidad Autónoma. Programa que se ha vuelto a ofertar en la presente convocatoria. Todo ello gracias a nuestra experiencia favorable en esta práctica asistencial.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1260 ===== ***

Nº de registro: 1260

Título
MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, GIL FABRA JESUS, MALLEEN MATEO EVA, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Cancer de prostata
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1260

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CÁNCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER DE PROSTATA (ACUERDO DE GESTIÓN)

PROBLEMA

La sensibilización en cáncer de próstata (CaP), el cribado poblacional encubierto, y en su defecto el cribado oportunístico del CaP, han mostrado su impacto en mortalidad, pero también un sobrediagnóstico de CaP's "latentes", "indolentes" o "insignificantes" que difícilmente afectarán a corto, medio o largo plazo en mortalidad ni calidad de vida de sus portadores; pero que tras su diagnóstico se siguen de un "sobretatamiento", mediante cirugía o radioterapia, que sin olvidar el coste económico, llevan consigo potenciales efectos secundarios limitantes en calidad de vida como incontinencia urinaria e impotencia.

La VA es una estrategia terapéutica consolidada en el HUMS, con una fecha de inicio realista situada en 2013, es decir 4 años de vigencia. El flujo de entrada de pacientes ha sufrido un incremento progresivo hasta un total de 88 pacientes incluidos en VA en nuestro centro hasta la fecha

RESULTADOS ESPERADOS

Maximizar la VA como enfoque terapéutico de CaP de Bajo/Muy Bajo Riesgo.

Creación de la Consulta específica de Vigilancia Activa

MÉTODO

De los 88 pacientes incluidos hasta la fecha 4 acaban de realizar la primera visita. De los 84 restantes, 3 pacientes han fallecido por otra causa y 18 han pasado a tratamiento activo (20,5%). La mediana de tiempo en VA se cifra en 52 meses), permaneciendo a 2 años un 79% de pacientes en VA, a 3 años un 66% y un 43% a 5 años.

Si la situación se estabiliza, cabe esperar un incremento anual (nuevos casos - abandonos) de unos 30 casos/año. No cabe esperar que el crecimiento exponencial percibido en estos años de consolidación de la VA persista, sino que se estabilice en esos 30 casos/año.

De este modo el número de visitas para pacientes en VA esperables para 2017, por protocolo y sin visitas por evento que cabría esperar serían:

30 nuevos casos x 4 visitas/caso-1º año: 120 visitas.

67 casos en seguimiento x 2 visitas/caso-año: 134 visitas.

TOTAL: 254 visitas/año.

+ 260 visitas/año / 12 meses = 21,6 + 22 visitas/mes (de ellas 2-3 visitas/mes son la primera visita que requiere un mínimo de 30 minutos por paciente para explicar debidamente la VA).

Instaurar 2 consultas/mes destinadas a Vigilancia Activa, con periodicidad quincenal, atendidas alternativamente por los Dres. Gil Fabra y Mallén, y en su ausencia por el Dr. Borque.

Visionado por los pacientes en la sala de espera del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo Aragón TV): documental realizado a todos nosotros y pacientes.

INDICADORES

Indicador: Actualización de protocolo de VA en CaP. Monitorización: diseño del protocolo.

Indicador: Habilitación de 2 consultas mensuales de VA en Urología: (M): Agenda y frecuentación de citas.

Indicador: Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, Aragón TV). (M): Adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología).

Indicador: Actualización de plantilla de interpretación de Biopsia de Próstata para identificación de pacientes candidatos a VA. (M): Diseño e implementación de plantilla

Indicador: Plantilla de interpretación de la Biopsia Próstata transperineal en VA. (M): Diseño e implementación.

DURACIÓN

Cronograma: 1 año: 2017

Mes 1: Actualización del protocolo de Vigilancia Activa.

Mes 1-3 Diseño de plantilla de interpretación de BxP basal para identificación de candidatos a VA, e integración informática.

Mes 1-3 Diseño de la plantilla de interpretación de BxP de seguimiento en VA, e integración informática

Mes 1 a 6: Programar las citas sucesivas de los pacientes ya incluidos y de los nuevos en la Consulta de Vigilancia Activa. Los pacientes se visitan semestralmente en la consulta de Proceso de Próstata, entremezclados con el resto, en 6 meses se identificarían todos ellos.

Mes 6 a 12: Activación y seguimiento de la consulta de Vigilancia Activa.

Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA.

Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1260

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA (ACUERDO DE GESTION)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 20/03/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL ESPILEZ ORTIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ ZALABARDO MANUEL
SERRANO FRAGO PATRICIA
ESTRADA DOMINGUEZ FERNADO
VIAMONTE VIAMONTE PATRICIA
GIL MARTINEZ PEDRO
CABAÑUZ PLO TERESA
MUÑOZ RIVERO MARTA VIRIDIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En una única consulta de alta resolución (CARHE) se ha realizado el diagnóstico y la planificación del tratamiento del paciente con hematuria monosintomática.

Fases de Implantación:

1. Fase Preliminar (primeros 3 meses)
 - Localización: CARHE (11:30-14:00h) → Sala Blanca (12:00-14:00h)
 - Usuarios: pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
 - Número de pacientes: 4
2. Fase de implantación definitiva (durante 1 año)
 - Localización: CARHE (9:30-14:00h)
 - Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
 - Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
 - Número de pacientes: 10-12
3. Fase de extensión a Atención Primaria (tras la fase anterior)
 - Localización: CARHE (9:30-14:00h)
 - Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
 - Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
 - Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
 - Número de pacientes: 10-12

Protocolo de actuación estándar en CARHE:

1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el servicio de urgencias a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis, exploración física, ecografía y, si procede, cistoscopia.
3. Si el paciente es diagnosticado de patología tumoral, se incluirá en lista de espera quirúrgica en ese mismo momento con petición de las citologías urinarias.

Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:

- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Revisión en CE de Urología
- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Realización de prueba diagnóstica
- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un 45% de los pacientes valorados en la consulta CARHE han sido diagnosticados de patología tumoral. El 90% de tumor vesical, el 5% de tumor renal y el 5% de tumor del tracto urinario superior. El 25% de los diagnósticos fue mediante ecografía, el 65% por cistoscopia y el 10% por TAC.

Procedencia de las consultas a CARHE: 72 S.urgencias, 40 CME, 15 Consulta Virtual, 6 otros.

Se alcanza el objetivo principal con una mejora muy importante del tiempo diagnóstico, así como reducción de tiempo desde el síntoma hasta el tratamiento. Mediana de tiempo en nuestra serie desde que el paciente consulta por hasta que es diagnosticado de 7 días y desde que consulta hasta que se opera de 62 días.

El intervalo consulta por HM-diagnóstico causa hematuria en la época previa a la instauración de la CARHE era de 45 a 85 días.

Se alcanzaron todos los objetivos secundarios:

Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primera prueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).

- Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

tanto de forma urgente como de forma programada.

- Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas de locales.
- Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.
- Disminuir las visitas reiteradas al Servicio de Urgencias
- Disminuir la ansiedad del paciente por la espera.
- Aplicar el tratamiento apropiado más precozmente.
- Mejorar el pronóstico en los pacientes con patología tumoral al disponer de un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de la CARHE acorta de manera importante el tiempo de diagnóstico de tumor vesical y otros tumores urológicos y con ello su posterior tratamiento. Disminuye la realización de pruebas complementarias por otros servicios, reduce las visitas a urgencias y disminuye la ansiedad del paciente con hematuria macroscópica.

7. OBSERVACIONES.

Consideramos que se producirá el incremento progresivo de los pacientes derivados a la CARHE, por una mejor filtración de pacientes y creación de consulta virtual.

Por esto, nos planteamos una ampliación de los días de consulta.

Deberíamos considerar mejorar nuestros recursos(mejoría del ecografo)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1269 ===== ***

Nº de registro: 1269

Título
CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

Autores:
ESPILEZ ORTIZ RAQUEL, SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, SERRANO FRAGO PATRICIA, GIL MARTINEZ PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hematuria es una causa frecuente de consulta urológica en el Servicio de Urgencias(S.U),representando más del 30 % de las urgencias urológicas en nuestro medio.

En la población mayor de 50 años el 35% de las hematurias son de causa tumoral(tumor vesical).

Al diagnóstico 20-25% de los casos son tumores infiltrantes. Un diagnóstico y tratamiento precoz es primordial en su pronóstico.

Los pacientes con un episodio de hematuria presentan gran ansiedad y suelen acudir reiteradamente al S.U, acrecentando la presión asistencial de un servicio de por sí muy saturado.

Actualmente en el manejo de las hematurias monosintomaticas(HM) atendidas en el S.U, no existe protocolo de actuación específico, ni se efectúa control de derivación a la Consulta Externa de Urología, en plazo o pruebas solicitadas.

Creemos que se dan las circunstancias para mejorar el manejo de las HM que acuden al Servicio de Urgencias, a través del análisis de la gestión del proceso actual, y a la realización de propuestas, en nuestro caso la creación de una consulta de alta resolución(CARHE)

Además y después de analizados los resultados, extrapolar esta consulta de alta resolución a HM de CCEE de Especialidades y Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal

Crear una consulta de alta resolución del paciente HM, con el fin de permitir un diagnóstico precoz en la patología tumoral urológica.

Objetivos secundarios

- Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primera prueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).
- Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico tanto de forma urgente como de forma programada.
- Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas blancas.
- Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.
- Disminuir las visitas reiteradas al S.U.
- Disminuir la ansiedad del paciente por la espera.
- Aplicar el tratamiento apropiado más precozmente.
- Mejorar el pronóstico tumoral realizando diagnóstico y tratamiento más precoz.

MÉTODO

En una única consulta de alta resolución(CARHE) se realizará el diagnóstico y la planificación del tratamiento del paciente con HM.

Población diana: Pacientes con HM atendidos en urgencias(fase preliminar), en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS (fase de implantación) y Atención Primaria(fase definitiva).

Establecer una agenda específica de Consulta de Alta resolución de Hematuria.

Protocolo de actuación estándar en CARHE:

1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el SU a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis, exploración física, ecografía y, si procede, cistoscopia.

INDICADORES

Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:

- Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Revisión en CE de Urología
- Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Realización de prueba diagnóstica
- Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera

Los objetivos a lograr durante este año son:

- Disminuir el número de revisiones por HM en las consultas de urología en un 50%- 75%.
- Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta el diagnóstico en más del 50% del tiempo actual.
- Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta la inclusión en lista de espera quirúrgica en más del 50%.
- Acortar el tiempo desde el síntoma hasta el tratamiento quirúrgico en más de un 60%.

Respecto al estándar actual

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio:18/04/2017

Fecha de finalización:CARHE será una consulta definitiva en nuestro centro.

Fases de Implantación:

1. Fase Preliminar(primeros 3 meses)

- Localización:CARHE (11:30-14:00h) -> Sala Blanca (12:00-14:00h)
- Usuarios: pacientes con HM atendidos en el S.U.
- Número de pacientes:4

2. Fase de implantación definitiva(1 año)

- Localización:CARHE (9:30-14:00h)
- Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
- Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
- Número de pacientes:10-12

3.Fase de extensión a Atención Primaria

- Localización:CARHE (9:30-14:00h)
- Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
- Pacientes con HM atendidos en CCEE Centro de Especialidades y HUMS
- Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
- Número de pacientes:10-12

OBSERVACIONES

Los responsables de CARHE son:

Raquel Espilez Ortiz

Jose Manuel Sanchez Zalabardo

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL ESPILEZ ORTIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ ZALABARDO MANUEL
REDONDO REDONDO CRISTINA
SANZ DEL POZO MONICA
ORLANDI WALTER
GIL MARTINEZ PEDRO
GIL SANZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En una única consulta de alta resolución (CARHE) se ha realizado el diagnóstico y la planificación del tratamiento del paciente con hematuria monosintomática.

Fases de Implantación:

1. Fase Preliminar (primeros 3 meses)
 - Localización: CARHE (11:30-14:00h) → Sala Blanca (12:00-14:00h)
 - Usuarios: pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
 - Número de pacientes: 4
2. Fase de implantación definitiva (durante 1 año)
 - Localización: CARHE (9:30-14:00h)
 - Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
 - Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
 - Número de pacientes: 10-12
3. Fase de extensión a Atención Primaria (tras la fase anterior)
 - Localización: CARHE (9:30-14:00h)
 - Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
 - Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
 - Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
 - Número de pacientes: 10-12

Protocolo de actuación estándar en CARHE:

1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el servicio de urgencias a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis, exploración física, ecografía y, si procede, cistoscopia.
3. Si el paciente es diagnosticado de patología tumoral, se incluirá en lista de espera quirúrgica en ese mismo momento con petición de las citologías urinarias.

Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:

- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Revisión en CE de Urología
- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Realización de prueba diagnóstica
- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un 35.6% de los pacientes valorados en la consulta CARHE han sido diagnosticados de patología tumoral, en una primera y única consulta.

En el 95,3% se realizó ecografía. En el 19,5% hubo diagnóstico de patología tumoral vesical (N=48), el 2,4% de masa renal (N=6), el 4,8% de litiasis (N=12) y el 1,2% de hidronefrosis (N=3). En el 72,1% no se pudo llegar a un diagnóstico mediante ecografía.

Se hizo cistoscopia en el 78,7% (N=203) de los pacientes. El 40,9% (N=83) de los pacientes a los que se realizó cistoscopia se diagnosticaron de tumor vesical. En 6,4% (N=13) se encontró sangrado prostático, en 1,5% se evidenció litiasis vesical. En el 51,7% (N=105) no hubo hallazgos.

En 23 pacientes con ecografía y cistoscopia negativa se realizó diagnóstico por TAC de causa de la hematuria (14 litiasis, 4 TM de vías, 4 TM vesical, 1 TM renal).

Se alcanza el objetivo principal, con una mejora muy importante del tiempo diagnóstico, así como reducción de tiempo desde el síntoma hasta el tratamiento.

Mediana de tiempo en nuestra serie desde que el paciente consulta por hasta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

que es diagnosticado de 9 días.

El intervalo consulta por HM-diagnóstico causa hematuria en la época previa a la instauración de la CARHE era de 45 a 85 días.

Se alcanzaron todos los objetivos secundarios:

- Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primeraprueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).
- Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico tanto de forma urgente como de forma programada.
- Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas de locales.
- Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de la CARHE acorta de manera importante el tiempo de diagnóstico de tumor vesical y otros tumores urológicos y con ello su posterior tratamiento. Disminuye la realización de pruebas complementarias por otros servicios, reduce las visitas a urgencias y disminuye la ansiedad del paciente con hematuria macroscópica.

7. OBSERVACIONES.

Consideramos que se producirá el incremento progresivo de los pacientes derivados a la CARHE, por una mejor filtración de pacesintes y creación de consulta virtual. Por esto, nos planteamos una ampliación de los días de consulta. Deberíamos considerar mejorar nuestros recursos (mejoría del ecografo). Esta disminución en los tiempos de diagnóstico se debe acompañar de una mejora en el periodo de permanencia en lista de espera quirúrgica, con un esfuerzo por parte de todos los servicios implicados en la atención integral al paciente.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1269 ===== ***

Nº de registro: 1269

Título
CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

Autores:
ESPILEZ ORTIZ RAQUEL, SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, SERRANO FRAGO PATRICIA, GIL MARTINEZ PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hematuria es una causa frecuente de consulta urológica en el Servicio de Urgencias(S.U), representando más del 30 % de las urgencias urológicas en nuestro medio.
En la población mayor de 50 años el 35% de las hematurias son de causa tumoral(tumor vesical).
Al diagnóstico 20-25% de los casos son tumores infiltrantes. Un diagnóstico y tratamiento precoz es primordial en su pronóstico.
Los pacientes con un episodio de hematuria presentan gran ansiedad y suelen acudir reiteradamente al S.U, acrecentando la presión asistencial de un servicio de por sí muy saturado.
Actualmente en el manejo de las hematurias monosintomaticas(HM) atendidas en el S.U, no existe protocolo de actuación específico, ni se efectúa control de derivación a la Consulta Externa de Urología, en plazo o pruebas solicitadas.
Creemos que se dan las circunstancias para mejorar el manejo de las HM que acuden al Servicio de Urgencias, a través del análisis de la gestión del proceso actual, y a la realización de propuestas, en nuestro caso la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

creación de una consulta de alta resolución(CARHE)

Además y después de analizados los resultados, extrapolar esta consulta de alta resolución a HM de CCEE de Especialidades y Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal

Crear una consulta de alta resolución del paciente HM, con el fin de permitir un diagnóstico precoz en la patología tumoral urológica.

Objetivos secundarios

- Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primera prueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).
- Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico tanto de forma urgente como de forma programada.
- Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas blancas.
- Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.
- Disminuir las visitas reiteradas al S.U.
- Disminuir la ansiedad del paciente por la espera.
- Aplicar el tratamiento apropiado más precozmente.
- Mejorar el pronóstico tumoral realizando diagnóstico y tratamiento más precoz.

MÉTODO

En una única consulta de alta resolución(CARHE) se realizará el diagnóstico y la planificación del tratamiento del paciente con HM.

Población diana: Pacientes con HM atendidos en urgencias(fase preliminar), en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS (fase de implantación) y Atención Primaria(fase definitiva).

Establecer una agenda específica de Consulta de Alta resolución de Hematuria.

Protocolo de actuación estándar en CARHE:

1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el SU a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis, exploración física, ecografía y, si procede, cistoscopia.

INDICADORES

Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:

- Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Revisión en CE de Urología
- Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Realización de prueba diagnóstica
- Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera

Los objetivos a lograr durante este año son:

- Disminuir el número de revisiones por HM en las consultas de urología en un 50%- 75%.
 - Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta el diagnóstico en más del 50% del tiempo actual.
 - Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta la inclusión en lista de espera quirúrgica en más del 50%.
 - Acortar el tiempo desde el síntoma hasta el tratamiento quirúrgico en más de un 60%.
- Respecto al estándar actual

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: 18/04/2017

Fecha de finalización: CARHE será una consulta definitiva en nuestro centro.

Fases de Implantación:

1. Fase Preliminar (primeros 3 meses)
 - Localización: CARHE (11:30-14:00h) → Sala Blanca (12:00-14:00h)
 - Usuarios: pacientes con HM atendidos en el S.U.
 - Número de pacientes: 4
2. Fase de implantación definitiva (1 año)
 - Localización: CARHE (9:30-14:00h)
 - Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
 - Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
 - Número de pacientes: 10-12
3. Fase de extensión a Atención Primaria
 - Localización: CARHE (9:30-14:00h)
 - Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
 - Pacientes con HM atendidos en CCEE Centro de Especialidades y HUMS
 - Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
 - Número de pacientes: 10-12

OBSERVACIONES

Los responsables de CARHE son:

Raquel Espilez Ortiz

Jose Manuel Sanchez Zalabardo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **